

# INITIATIVE SUR LA PRISM ÉVALUATION MI-TERME

Par:

Alain Lefèvre  
Philip Sedlak  
Maryse Simonet  
Gisèle Maynard-Tucker

Soumis par:

Les Associés LTG, société constituée/s.c.  
et  
Les Associés TvT, s.c.

Soumis á:

USAID/Guinée Agence des États-Unis pour développement international/Guinée  
Under Contract No. HRN-I-00-99-00002-00, Task Order Number MEDS/GUI2

March, 2001



---

*Initiative sur la PRISM Évaluation mi-terme* a été préparée sous les auspices de l'Agence des États-Unis pour le développement international/Guinée (USAID), selon les termes de Contrôle et d'évaluation et du soutien de la conception (MEDS), numéro de contrat HRN-1-00-99-00002-00, MEDS/GUI2. Les opinions ci-exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les vues des Associés LTG, ou celles des Associés TvT, ou celles de USAID.

Des renseignements sur ce document ou sur d'autres publications MEDS peuvent être obtenus en s'adressant à:

Projet de Contrôle, évaluation et soutien de la conception (MEDS)  
1101 Vermont Avenue, N.W., Bureau 900  
Washington, DC 20005  
Téléphone: (202) 898-0980  
Télécopie: (202) 898-9397  
scallier@ltgassociates.com

---

## ACRONYMES ET TERMES ÉTRANGERS

---

AV	Accoucheuses villageoises
AFRICARE	ONG Américaine
AGBEF	Association Guinéenne de Bien Être Familiale
ARC	une organisation pour l'assistance aux réfugiés
ASC	Agent de Santé Communautaire
AT	Assistance Technique
BM	Banque Mondiale
CAP	Couple-Années de Protection
CCV	Contraception Chirurgicale Volontaire
CI	Contractifs injectables
CIP	Communication InterPersonnelle
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CLM	Commodities and Logistics Management software
CNP	Commission Nationale de Population
COP	Contraceptifs oraux progestatifs
COGES	Comité de Gestion (des centres de santé)
CPC	Consultation primaire curative
CPIEC	Comité Préfectoral d'IEC
CPN	Consultation Pré-natale
CPS	Centre de prestation de service
CRIEC	Comité Régional d'IEC
CS	Centre de Santé
DHS	Demographic and Health Surveys
DIU	Dispositif intra-utérin
DMPA	Dépot médroxyprogestérone acetate (dépot provera)
DNS	Direction Nationale de la Statistique
DNPD	Direction Nationale de la Planification et du Développement
DPTCoq	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche (vaccin)
DPS	Direction Préfectorale de la Santé
DSR	Division Santé de la Reproduction
EACC	Évaluation des Activités de Communication pour le Changement des Comportements
EDS	Etude Démographique de Santé
FAF	Fer acide folique
FNUAP	Fonds des Nations-Unis pour les Activités en Population
GCA	Grant Continuation Application
GF	Guinée Forestière
HG	Haute Guinée
IEC	Information Éducation Communication
IMAT	Inventory Management Assessment Tool (outil analytique de MSH)
INFORM	Programme MSH de l'Information pour la Gestion
IR	Résultat Intermédiaire
IRA	Infection Respiratoire Aiguë
ISAD	l'Initiative pour la Sécurité Alimentaire de Dinguera
IST/SIDA	Infections Sexuellement Transmissibles/Syndrome Immunodéficience Acquis
ISMI	Initiative pour la Santé Maternelle et infantile
JHPIEGO	John Hopkins Programme International pour l'Education en Gynécologie Obstétrique
KFW	Kreditanstalt für Werrauban- Banque Allemande de Développement
LMD	Lutte contre les maladies Diarrhéiques
MAMA	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
ME	Médicaments Essentiels

---

MPC	Ministère du Plan et de la Coopération
MSF	Médecins sans Frontières
MSH	Management Sciences for Health
MSP	Ministère de la Santé Publique
MSR	Maternité sans Risque
N&P	Normes et procédures
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
OSFAM	Option Santé Familiale
PAO	Plan D'action Opérationnel
PFN	Planification familiale naturelle
PEV	Programme élargi de Vaccinations
PCG	Pharmacie Centrale de Guinée
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PF	Planification Familiale
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNP	Programme National de Population
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPSG	Projet Pour la Santé Génésique
PPNSR	Politique et Programme National de Santé de la Reproduction
PRISM	pour renforcer les interventions en santé reproductive et IST/SIDA
PSI	Population Services International
PSR	Projet Santé Rurale
PS	Poste de Santé
RHG	Reproductive Health Group
RO	Rechercher Opérationnelle
RUMER	Registre d'Utilisation des Médicaments Essentiels et des Recettes (centres de santé)
SAVE THE CHILDREN	Sauver les Enfants
SEATS	Projet d'Extension des Interventions en Santé
SBC	Service à Base Communautaire
SIG	Système Information Gestion
SMI	Santé Maternelle Infantile
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SO2	Objectif Stratégique 2 de USAID- Guinée
SR	Santé Reproductive
SRO	Sel de Réhydratation Orale
SSEI	Services de Statistiques, Etudes, Informations
SSP	Soins de Santé Primaires
TV	Toucher Vaginale
UNHCR	United Nations High Commission for Refugees
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l' Enfant
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus de l'Immuno-déficience Humaine
VCP	Volontaire du Corps de la Paix

---

# CONTENU

---

## ACRONYMES ET TERMES ÉTRANGERS

<b>SOMMAIRE EXÉCUTIF</b> .....	i
I. Introduction.....	1
II. Méthodologie.....	3
III. Résultats de l'Évaluation .....	5
A. Objectif général du projet et SO2 .....	5
B. Choix ces résultats intermédiaires .....	5
C. Conditions critiques .....	8
Les conditions critiques ne sont que partiellement vérifiées .....	10
D. Quatre stratégies et sept thèmes fondamentaux .....	11
Stratégies.....	12
Thèmes.....	17
IV. Organisation du projet .....	25
A. Vue d'ensemble.....	25
Forces .....	25
Faiblesses .....	25
B. Evolution du projet.....	25
Structure initiale.....	25
Modifications de la structure initiale du projet .....	27
Structure actuelle du projet et fonctionnement .....	31
C. Suivi interne du projet.....	34
Finances .....	34
Progression vers les objectifs.....	35
D. Suivi externe du projet .....	36
Implication de l'USAID.....	36
Implication du MSP .....	38
V. Résultats du projet.....	39
A. Résultat intermédiaire #1: Accessibilité .....	39
Cartographier le système de santé.....	41
Améliorer la distribution et élargir la gamme des produits PF disponibles .....	42
Appui au niveau périphérique .....	44
Assurer la disponibilité dans les CS de l'équipement clinique de base .....	46
Définir le Paquet Minimum de Services intégrés (PMS).....	47
Compléter l'intégration des CS en PF et prévention des IST/SIDA.....	48

---

Renforcer la capacité de gestion des districts .....	49
Renforcer la capacité institutionnelle des CS pour accéder au niveau de PPSPF .....	51
Elargir les SBC .....	51
Renforcer la participation communautaire en gestion et financement des services de santé.....	53
B. Résultat intermédiaire #2: Qualité .....	55
Commentaire général sur IR2 .....	55
Coordonner tout le volet qualité clinique de la santé reproductive .....	57
Dissémination des normes & procédures.....	57
Elaborer un plan de formation pour améliorer la performance des prestataires des services de santé .....	59
Former les prestataires de service .....	60
Supervision .....	61
Renforcer le SIS et le SIG dans les régions et au niveau national .....	62
Recommandations pour IR2 .....	62
C. Résultat intermédiaire #3: IEC.....	63
Commentaire général sur IR3 .....	63
Améliorer la coordination des programmes IEC .....	65
Établir des groupes de travail régionaux en IEC .....	65
Améliorer l'interaction client-prestataire.....	68
Augmenter la demande pour les services de Santé Reproductive .....	71
Amélioration de la capacité de gestion de l'IEC et des prestations en IEC.....	73
D. Résultat intermédiaire #4: Coordination.....	75
Activités incluant d'autres bailleurs de fonds.....	75
Niveau National .....	76
Appui aux niveaux décentralisés du MSP .....	78
Coopération avec IRS .....	83
Coopération avec DPS .....	84
Appui au secteur privé .....	84
Forum ONG .....	86
Attribution de micro-financements .....	86
Collaboration sur les autres activités financées par l'USAID .....	86
Conclusion pour IR4.....	87
E. Objectif général du projet et SO2.....	88
Utilisation de la Planification Familiale: Couple-année protection (CA).....	89
Utilisation de préservatif avec les partenaires occasionnels .....	91
Respect des normes.....	91
Rougeole .....	92
Consultation Pre-Natale .....	92
VI. Autres effets du projet .....	93
A. Impact de PRISM sur la décentralisation du MSP.....	93
B. Impact des formations pour les personnels de santé.....	96
C. Capacité du personnel du MSP pour gérer les activités de PRISM.....	97

---

D. Pérennité des actions entreprises .....	97
E. Effets imprévus du projet.....	98
VII. Contraintes.....	99
A. Difficultés relatives à la conception du projet .....	99
B. Changements dans l'environnement général du projet.....	99
C. Contraintes budgétaires et dépenses imprévues.....	101
VIII. Conclusions.....	103
A. Conception et organisation du projet .....	103
Evolution du projet .....	104
B. Mise en oeuvre des activités.....	106
IX. Recommandations.....	111
A. Conception du projet.....	111
Conditions critiques et choix stratégiques .....	111
Organisation du projet.....	119
B. Mise en oeuvre .....	120
Allocation des ressources.....	120
Recommandations principales sur les activités pour chaque IR .....	121

---

## PIÈCES ANNEXES

A. Termes de références .....	125
B. Bibliographie.....	135
C. Personnes contactées .....	143
D. Sites visités et calendrier.....	147
E. Méthodologie .....	153
F. Participants des groupes focaux.....	155
G. Questionnaire Femmes.....	159
H. Groupes Focaux pour IEC .....	163
I. Table Stratégies et thèmes .....	169
J. Recherche opérationnelle.....	177
K. Personnel de Kankan.....	181
L. Suivi du Budget de Conakry Décembre 2000.....	185
M. Suivi du Budget de Kankan Décembre 2000.....	195
N. Suivi du Budget de Faranah Décembre 2000 .....	199
O. Suivi du Budget de Nzerekore Décembre 2000.....	205
P. Codification des coûts par objectif .....	213
Q. Coûts de Structures versus coûts de mise en oeuvre.....	217
R. Budget prévisionnel bureaux 2001 .....	221
S. Indicateurs Résultats intermédiaire #1 .....	223
T. Indicateurs Résultats intermédiaire #2.....	251
U. Indicateurs Résultats intermédiaire #3.....	255
V. Indicateurs Résultats intermédiaire #4.....	265
W. Difficultés gestion ME au centre .....	269
X. Constats sur la gestion des ME en périphérie .....	271
Y. Bilan des activités .....	275
Z. Tables Normes et Procédures.....	279
AA. Conclusions Recommandations pour IEC .....	283
BB. Convention Faranah .....	287
CC. Consultations de courte durée.....	307

---

## **SOMMAIRE EXÉCUTIF**

PRISM est un projet de santé et planification familiale, financé à hauteur de \$17,949,470 pour la période 1997-2002, et implanté dans l'Est de la Guinée. Le projet «Monitoring, Evaluation, and Design Support », sous l'égide de l'agence LTG Associates, a formé une équipe de quatre consultants pour l'évaluation à mi-parcours du projet PRISM. L'équipe a travaillé en Guinée pendant un mois, du 16 février au 16 mars 2001, pour réaliser cette évaluation. La période évaluée représente les trois premières années du projet, de Octobre 1997 à Décembre 2000.

L' évaluation, guidée par les termes de référence en annexe 1, repose sur une revue des documents, des interviews ou groupes focaux avec les principaux acteurs concernés (MSP, USAID, PRISM, partenaires et population cibles). Deux semaines de visites de terrain ont permis de documenter la situation dans les régions et de Kankan et Faranah.

Les principales conclusions de la mission d'évaluation sont les suivantes :

### **Conception et organisation du projet**

Les principales forces du projet PRISM sont :

- La cohérence entre l'objectif général du projet et les résultats intermédiaires, qui sont ceux choisis par l'USAID. Pour accroître l'utilisation des services de planification familiale et de santé maternelle et améliorer les pratiques et la prévention en matière de IST / Sida, il est logique de renforcer l'offre de services (accès pour IR1, qualité pour IR2) et la demande (IEC pour IR3). La coordination avec le MSP et les autres intervenants y compris le secteur privé (IR4) améliore l'efficacité et l'équité.
- Les quatre stratégies et les sept thèmes proposés par MSH pour l'identification des activités à mener étaient et sont toujours pertinents. Il s'agit de: penser au niveau régional et agir localement; visibilité rapide, crédibilité précoce; activités parallèles au niveau national; renforcement du système de référence; gestion des centres de santé; distribution à base communautaire; IEC; renforcement des liens et de la coordination; formation; logistique et approvisionnement en médicaments et recherche opérationnelle.
- L'accent mis sur la décentralisation, avec un enracinement du projet au niveau régional. L'approche de PRISM contribue à la politique de décentralisation du MSP puisque l'appui est dirigé vers la périphérie, et essentiellement au niveau des centres de santé. Cet appui porte sur le développement de capacités au niveau des centres de santé qui demeurent la pierre angulaire de la décentralisation en Guinée. L'appui ciblé en périphérie était et reste toujours valide.

- Approche communautaire (SBC). Elle exploite les succès obtenus par l'USAID lors du projet précédent (FAMPOP) et présente un fort potentiel de pérennisation.
- L'approche intégrée SMI / PF est un progrès par rapport aux approches verticales passées (PF uniquement). C'est effectivement l'intégration des services qui a le plus de chance d'améliorer l'efficacité, l'efficience et la qualité des soins.
- La structure initiale prévue pour le projet était appropriée, l'essentiel de l'assistance technique devait se trouver au niveau des trois régions.

Les faiblesses au niveau de la conception et de l'organisation sont :

- Un système de suivi peu efficace: beaucoup d'indicateurs de mise en oeuvre des activités mais peu d'indicateurs reflètent l'amélioration de l'offre de services, ce qui ne correspond pas à une approche « contrat de performance ». De plus, l'équilibre entre la progression de l'offre de services et la demande créée par l'IEC ne peut être évalué, donc maintenu. Les coûts par intervention ne sont pas suivis.
- Manque de réflexion sur la réalité locale: l'argumentation est trop appuyée sur l'expérience de MSH dans d'autres pays. Le suivi des conditions critiques identifiées par l'USAID fait défaut. Le manque de mécanismes pour rendre la demande des communautés efficace au niveau des structures du MSP (imputabilité ou "accountability") aurait du recevoir plus d'attention .
- Des conditions critiques incomplètement considérées: L'absence de décentralisation effective au niveau intermédiaire et la faible motivation du personnel de santé n'ont pas été prises en compte initialement. Or ces conditions critiques affectent la mise en oeuvre des stratégies d'intervention du projet.
- Le projet a été trop ambitieux dès le début du point de vue de son étendue géographique. Il aurait mieux valu prévoir une intervention sur une région, avec une extension éventuelle en fonction des résultats.
- Les priorités entre certains objectifs partiellement incompatibles n'ont pas été suffisamment spécifiées pour appuyer la prise de décision en cas de difficulté. Les choix se sont fait par défaut, par exemple, entre l'atteinte de résultats rapides à court terme d'une part et pérennité et collaboration harmonieuse d'autre part. Les priorités relatives entre accès (équité) et qualité (intégration) ne sont pas définies.

### **Mise en œuvre des activités**

Durant la mise en œuvre des activités, les points forts sont les suivants :

- En dépit de certaines erreurs de coordination, des activités du projet ont bénéficié de l'appui des autres bailleurs de fonds.

- Le fait d'intervenir dans les régions et la réponse appropriée de PRISM pour la prise en charge des réfugiés en matière d'IEC sont des atouts renforçant la crédibilité de PRISM.
- Les curricula et sessions de formation en gestion d'équipe ont été fortement appréciées tant au niveau national que local.
- La distribution à base communautaire est un succès du projet. D'une part la crédibilité de PRISM au niveau national est renforcée. D'autre part, la demande au niveau communautaire est effectivement générée. La stratégie de mise en œuvre des SBC est appropriée: la pérennité s'est améliorée avec la légitimité des agents communautaires et l'implication du MSP (CS et DPS) dans le suivi.
- La recherche opérationnelle menée par PRISM est en relation avec ses domaines d'intervention. Certains de ces travaux sont à la fois pertinents et utiles, pour le projet comme pour le MSP.

Les points faibles durant la mise en œuvre des activités sont :

- Les succès au niveau de l'offre de services sont moindres par rapport à ceux observés au niveau de la demande, ce qui risque de décourager l'utilisation des services publics. Ceci est lié à l'absence de compensation des faiblesses systémiques, qui ne sont que partiellement examinées en tant que conditions critiques et se sont aggravées depuis la conception du projet. En ce qui concerne les moyens de motiver les agents du MSP, il n'y a pas eu d'analyse des approches possibles. La faiblesse de l'approvisionnement national en ME et l'absence de cohérence entre la tarification et l'objectif de recouvrement des coûts, sont deux contraintes que le projet ne peut pas corriger de façon pérenne. Le projet peut cependant appuyer techniquement des demandes formulées conjointement avec les régions pour que le niveau central ait connaissance des difficultés rencontrées sur le terrain.
- La manière de collaborer avec les autres partenaires, en particulier les ONG et les autres projets financés par USAID n'est pas toujours appréciée. Le projet a perdu beaucoup de temps pour trouver un consensus avec le MSP et les autres partenaires sur les détails de mise en œuvre de stratégies et d'activités qui, dans le cadre de la décentralisation, devraient pouvoir être décidé au niveau local.
- Le projet prends une allure très bureaucratique et hiérarchisée, ce qui n'est pas un facteur de performance. La mission d'évaluation a constaté une faiblesse de leadership dans le projet et un défaut d'intégration aux structures locales du MSP (tout le personnel du projet est expert en un domaine particulier alors que le personnel de santé du MSP est polyvalent). La grande distance entre les responsables et le niveau opérationnel ne permet pas aux exécutants d'insérer leur travail dans une approche globale et gêne l'exercice du leadership. On constate une mauvaise communication interne et externe au projet.

Les constats ci-dessus indiquent que les contraintes n'ont pas toutes été bien gérées. Les contraintes systémiques affectant l'Initiative de Bamako sont essentiellement du ressort du MSP (financement, tarification, participation communautaire, approvisionnement en ME). Un projet orienté sur la périphérie n'a pas les capacités pour résoudre ces problèmes à court terme. Au lieu d'appuyer directement l'approvisionnement central en ME, il valait mieux documenter les conséquences et les solutions possibles pour le projet et les CS. L'option de développer une approche pilote pour la participation communautaire et la gestion n'a pas encore été négociée et il n'y a pas eu de recherche concernant la motivation des agents de santé.

Devant l'absence de décentralisation effective au niveau intermédiaire, il importait de définir explicitement les rôles et responsabilités de chaque niveau du MSP dans le suivi du projet. Mais le projet a cherché l'approbation du détail de ses activités au niveau central, au prix de retards, d'une migration de l'assistance technique à Conakry et d'une collaboration affaiblie dans les régions.

D'autres contraintes sont intervenues. La fermeture du bureau de Nzerekore ne s'est pas accompagnée d'une réduction des effectifs. Les retards accumulés au début du projet en raison des changements de personnel, les difficultés de financement par la mission en 1999, les frais de douanes imprévus ont abouti à une accélération des activités en fin de projet, au détriment de la qualité de la collaboration avec les partenaires (internationaux, ONGs et MSP), du suivi des formations et du transfert de capacités.

Les principales recommandations pour les 18 mois restant ne remettent pas fondamentalement en question l'organisation et les stratégies et thèmes initialement proposés par MSH. Elles incluent :

- Une revue des conditions critiques et opportunités (autres partenaires) afin (i) d'identifier des recherches opérationnelles utiles pour le MSP ou l'USAID à long terme (par exemple participation communautaire) (ii) de négocier des mécanismes compensatoires pour renforcer localement l'Initiative de Bamako (ME) et/ou supprimer les activités dont le succès est menacé par les faiblesses systémiques. La sélection des activités à effectuer devrait impliquer plus les structures locales du MSP.
- Un renforcement de l'appui en périphérie et un appui au niveau central réduit et propice à la décentralisation. Ceci implique un accord avec le MSP concernant l'espace de décision des districts et IRS vis à vis des activités appuyées par le projet. Le projet devra proposer des indicateurs de suivi simple permettant au MSP de vérifier (i) la compatibilité des activités menées avec ses objectifs et (ii) la qualité des décisions prises localement. Cette approche est possible du fait de l'expertise disponible en périphérie. Elle libère les experts du MSP d'efforts improductifs visant à définir dans le détail des solutions uniformes pour tout le pays et leur permet de se pencher sur les problèmes et réformes prioritaires. Elle permet aussi d'expérimenter la décentralisation au niveau intermédiaire comme proposé dans le plan national de développement sanitaire, et dans des conditions

optimales (assistance technique en périphérie). En périphérie, la responsabilisation et l'accompagnement peuvent compenser en partie la faible motivation et améliorer le suivi des formations. Le projet devrait négocier l'appui à la gestion des structures intermédiaires (IRS, DPS) sur la base d'une transparence réciproque et d'un équipement approprié. Des homologues devront être identifiés et des accords signés entre le projet et chaque DPS/IRS puis visés par le centre.

- L'approche décentralisée et la révision du spectre d'activités et des indicateurs de suivi doivent créer des conditions pour que le projet soit plus à l'écoute de ses partenaires et de l'expérience acquise en Guinée.
- Les faiblesses des mécanismes de suivi/évaluation doivent être corrigées, y compris la supervision qui doit faire l'objet d'une meilleure coordination et d'un accompagnement de PRISM. Ceci est nécessaire au transfert des connaissances et au succès des formations.
- Au niveau des activités mises en oeuvre, le renforcement des SBC est à poursuivre, y compris la pérennisation. Les activités sur la santé maternelle (récemment initiées) et la prise en charge des IST doivent se poursuivre, y compris la référence (après négociation avec les hôpitaux de districts et partenaires). Il est possible que les efforts sur la PCIME ne soient pas poursuivis, en fonction des perspectives pour sécuriser l'approvisionnement et la gestion en ME à court terme (dotations pour accroître les fonds de roulements, approvisionnement central ou parallèle en ME cible, tarification de diagnostics multiples) et des projets de l'USAID à long terme. L'approche PRISM+, qui vise à constituer des centres modèles pour une réplique ultérieure par les DPS, semble compromise par les retards accumulés et la non représentativité des CS sélectionnés (il s'agit de centres fonctionnant déjà relativement bien). S'il n'y a pas de perspective d'appui ultérieur de l'USAID dans ce domaine, il serait plus efficient et équitable de mettre le maximum de CS à niveau sur les activités déjà entreprises. L'IEC est un succès pour ce qui est de la demande communautaire, mais il semble que cette demande ne se traduise pas encore en changement de comportement. La faiblesse relative de l'offre en est partiellement responsable. Il serait donc souhaitable d'améliorer la communication interpersonnelle et l'IEC faite dans les structures de santé, ainsi que la connaissance que le public a des services disponibles et des tarifs appliqués dans les structures de santé. Enfin la coordination reste un objectif important. Le projet ne devrait pas être chargé d'appuyer la coordination des bailleurs de fonds. La participation au groupes thématiques nationaux et aux structures locales de coordination doit se poursuivre. La principale recommandation à ce sujet est d'améliorer la communication avec les partenaires.

## I. INTRODUCTION

---

PRISM est un projet de santé et planification familiale financé à hauteur de 17,949,470 US\$ entre 1997 et 2002 par l'USAID. Ce projet couvre 3 Inspections Régionales de la Santé (IRS), 15 Directions Préfectorales de la Santé, 15 maternités d'hôpital et 175 Centres de santé en Haute Guinée et en Guinée forestière. PRISM fournit l'assistance technique, matérielle et financière à tous ces niveaux dans les zones cibles ainsi que de l'assistance technique au niveau central du MSP.

Le but de cette évaluation à mi-parcours est d'analyser le statut actuel d'un accord de coopération accordé à Management Sciences for Health et ses sous-traitants JHU/CCP et JHPIEGO. L'analyse compare les réalisations proposées et les résultats obtenus, détermine la contribution de PRISM à la politique nationale de santé Guinéenne et examine dans quelle mesure ce projet permet à USAID/ Guinée d'atteindre l'Objectif Stratégique 2 (SO2).

L'équipe a travaillé en Guinée pendant un mois, du 16 février au 16 mars 2001, pour réaliser cette évaluation. L'équipe comprenait :

Dr. Alain Lefèvre, chef d'équipe, responsable pour l'IR4 (amélioration de la coordination) et l'organisation interne du projet.

Dr. Maryse Simonet, responsable pour l'objectif stratégique 2, l'IR1 (augmentation de l'Accès), les conditions critiques et stratégies employées par le projet.

Gisèle Maynard-Tucker, Ph.D., responsable pour l'IR2, Amélioration de la Qualité,

Philip A.S. Sedlak, Ph.D., responsable pour l'IR3, Augmentation de la Demande.



## II. MÉTHODOLOGIE

---

La mission a d'abord revu les principaux documents dans le but de se préparer à réaliser cette évaluation (annexe 2). Une rencontre de planification d'équipe s'est tenu à Washington pendant 2 jours, afin de clarifier les termes de références (annexe 1), de préparer l'intervention et de définir le rôle de chacun des participants.

L'équipe s'est ensuite rendu en Guinée. Après une première séance de travail avec la Mission de l'USAID, l'équipe a consacré la première semaine à des rencontres à Conakry avec les responsables et les principaux partenaires du projet. Une visite de terrain d'environ 2 semaines a ensuite été réalisée. La mission était accompagnée d'une représentante de l'USAID /Guinée et d'un responsable du MSP. Cette visite a permis à l'équipe d'évaluation de se rendre dans les différents types de sites d'intervention du projet, de visiter les 2 bureaux régionaux encore actifs, de rencontrer les partenaires locaux du projet, qu'ils soient du MSP ou d'autres organisations ou ONG. Enfin l'équipe est revenue pour une semaine à Conakry (voir annexes 3 et 4).

Un brouillon de rapport a été préparé. Des débriefing ont eu lieu : un avec la Mission USAID, un autre avec les responsables de PRISM et enfin un troisième avec les principaux responsables du MSP impliqués dans le projet.

La mission a réalisé une évaluation participative et guidée par une revue de documents incluant les rapports d'activité du projet disponibles (Octobre 97-Octobre 2000). Certaines activités récentes (dernier trimestre 2000, début 2001) n'ont été documentées que sur la base d'interviews, aussi, des omissions sont possibles. Celles-ci ne devraient néanmoins pas beaucoup altérer les conclusions générales, puisqu'il s'agit d'un trimestre d'activité pour 12 évalués. Tout au long de son séjour, la mission a discuté et échangé avec ses différents interlocuteurs pour comprendre au mieux la situation et faire des propositions qui soient adaptées au contexte local. Sur le terrain des focus group ont été conduits, certains avec des usagers de centres de santé, d'autres uniquement avec des hommes, etc. Le détail de la méthodologie de ces rencontres se trouve dans les annexes 5, 6, 7 et 8 de ce rapport.



### **III. RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION**

---

#### **A. OBJECTIF GENERAL DU PROJET ET SO2**

Le but du projet est confondu avec celui de SO2. Il s'agit d'accroître l'utilisation des services de planification familiale et de santé maternelle et aussi d'améliorer les pratiques et la prévention en matière de IST / Sida. Ce but n'est pas spécifique au projet PRISM mais il correspond au but global de l'objectif stratégique #2 de l'USAID. En conséquence, le but du projet est en parfaite harmonie avec les politiques de l'USAID.

Exprimé par rapport à la Guinée, le but du projet serait de contribuer à l'atteinte des objectifs du gouvernement en matière de population pour un développement humain harmonieux et durable. La vision sous tendue sous ce but est qu'en l'an 2002, les familles guinéennes et tous les Guinéens en général, auront accès à l'information et à de services de haute qualité, répondant à leurs besoins en matière de santé reproductive. L'objectif stratégique 2 de l'USAID est en accord avec celui du gouvernement de Guinée.

#### **B. CHOIX DES RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES**

Pour atteindre son but, le projet a été divisé en quatre résultats intermédiaires (IR) :

- IR1 : Amélioration de l'accessibilité aux services de PF, de SMI, et de prévention des IST / Sida.

Les activités prévues pour atteindre ce résultat intermédiaire devaient porter sur 3 volets :

- Disponibilité des produits : renforcement de la gestion du système logistique pour les contraceptifs au niveau préfectoral et sous préfectoral ; fourniture d'équipement médical de base ;
- Disponibilité des services : assistance pour finaliser la définition du paquet de services minimum, spécialement pour les services au niveau IRS, DPS, CS et ASC. ; appui à l'intégration de PF, SMI et IST/Sida ; renforcement et développement du programme ASC ;
- Accessibilité des services : renforcement de l'appropriation communautaire, via les comités de gestion (COGES), pour permettre le fonctionnement d'un système de recouvrement des coûts et une équité dans l'accessibilité.

IR2 : Amélioration de la qualité des services de PF, de SMI, et de prévention des IST / Sida

- Ce résultat intermédiaire devait être atteint par le développement de 3 groupes d'activités.
- Une assistance au comité technique du MSP pour redéfinir, disséminer et former suivant le guide national des normes et procédures, incluant le développement de guide pour la référence la description des postes, les guides de délivrance des services et les mesures de la performance.
- La formation clinique en Santé Reproductive (SR).
- Le renforcement et l'amélioration du système d'information sanitaire.

IR3 : Augmentation de la demande des comportements favorisant l'usage des services de PF, de SMI, et de prévention des IST / Sida

Les principales actions qui devaient être menées étaient les suivantes :

- Coordination de l'IEC : assistance au MSP et à l'IRS pour développer des stratégies IEC et des plans d'action pour le niveau national et régional, et pour créer des groupes de travail et des protocoles IEC.
- Interaction client-prestataire : production de matériel actualisé pour l'IEC ; réalisation de larges et visibles campagnes IEC.
- Gestion de l'IEC : augmentation du nombre et formation de fournisseurs au niveau communautaire.
- Engagement de la communauté : efforts de plaidoyer au niveau de la communauté et participation communautaire.

IR4 : Une réponse plus efficace parmi les bailleurs de fonds, le gouvernement, les organisations communautaires, les ONGs, et le secteur privé, dans leur appui au secteur santé.

Les activités prévues pour atteindre ce résultat intermédiaire étaient les suivantes :

- Développement d'un plan stratégique pour l'ensemble du projet en collaboration avec tous les partenaires impliqués dans la SR ;
- Participation aux réunions annuelles des donateurs ;
- Renforcement de la capacité institutionnelle d'une ONG locale (AGBEF) ;
- Support au forum des ONG ;

- Développement d'indicateurs pour l'objectif stratégique #2.

Les grandes lignes de la conception de ce projet sont pertinentes. La réalisation des quatre résultats intermédiaires doit permettre d'atteindre le but du projet.

Le projet intervient à la fois sur l'offre (accès, qualité) et sur la demande (IEC), deux composantes dont l'amélioration harmonieuse a un effet synergique sur l'utilisation des services. Les deux premiers IR travaillent sur l'offre, tandis que le troisième s'intéresse à la demande.

Cependant, il existe aussi une incompatibilité partielle entre certains objectifs. Certains objectifs ne peuvent être atteints qu'au détriment d'autres, en effet, le budget, bien qu'important, est limité. Des choix sont donc nécessaires. Ceci requiert une analyse et un suivi des interactions entre les composantes et une hiérarchisation explicite des actions.

Par exemple, les 3 premiers IR peuvent difficilement être atteints en même temps que le IR4. Quand on travaille en coordination, le rythme peut être ralenti mais la pérennité sera plus grande. La coordination est un élément important du succès du projet et il était justifié de la considérer comme un objectif intermédiaire à part entière. L'importance accordée à la pérennisation peut ralentir l'atteinte de résultats relativement ambitieux au niveau des régions, surtout si des faiblesses systémiques requièrent un appui imprévu au niveau central (et nécessaire à la pérennité des interventions).

Le projet ne définit pas assez l'importance qu'il souhaite donner à l'accès et à la qualité. Les priorités et les compromis entre ces 2 aspects ne sont pas clairs.

En outre, le projet a été trop ambitieux dès le début du point de vue de son étendue géographique. Il aurait mieux valu prévoir une intervention sur une région, avec une extension éventuelle en fonction des résultats.

Les différents IR permettent d'agir sur les principaux éléments de performance du système de santé qui sont : efficacité, efficience, qualité, imputabilité (accountability) et équité. Chaque IR agit principalement sur l'un ou l'autre, de ces éléments de performance :

- L'IR #1, en développant l'accessibilité améliore l'efficacité du système et l'équité;
- L'IR#2 est défini de la même manière que le second élément de performance retenu : la qualité
- L'IR#3, consacré aux actions IEC, augmente l'efficacité du système et l'équité.

L'IR#4, en s'attachant à une meilleure coordination, développe l'efficience du système. Il a également un rôle sur son équité.

Bien sur, les actions ne sont pas exclusives. Chaque IR a aussi des rôles plus mineurs sur d'autres éléments de performance du système.

Le seul élément de performance qui ne soit pas vraiment pris en compte dans la conception du projet, est l'imputabilité. Ce devrait être principalement l'IR#3 qui devrait avoir un effet sur cet élément de performance. Il devrait y avoir une sensibilisation des populations pour qu'elles demandent au personnel de santé de lui rendre des comptes sur la qualité des services qu'ils délivrent. Par exemple, on aurait pu prévoir dans la conception du projet la mise en place d'associations de consommateurs. L'imputabilité est un élément clé de la synergie entre offre et demande.

Sur le plan conceptuel, le choix des IR est approprié. Le choix des activités correspondantes l'est aussi, dans l'hypothèse ou les conditions critiques relatives au projet et examinées de façon exhaustive demeurent valides. Les activités proposées pour les résultats intermédiaires reflètent les quatre stratégies et sept thèmes de l'approche PRISM, qui sont discutés au paragraphe 3.4.

### **C. CONDITIONS CRITIQUES (ASSUMPTIONS)**

Il n'a pas été défini de conditions critiques spécifiques à ce projet. Les conditions critiques retenues sont générales, ce sont celles définies pour SO2 dans le plan stratégique de l'USAID pour la Guinée. Pourtant, des conditions critiques peuvent être particulières à des régions d'interventions ou aux modalités d'interventions choisis lors de la conception d'un projet spécifique.

Les conditions critiques énoncées dans le plan stratégique de l'USAID pour la Guinée sont les suivantes:

1. Le GOG continue de supporter le programme national de SSP incluant la gestion décentralisée des soins de santé et du système de recouvrement des coûts
2. Les produits essentiels (ME, vaccins, produits FP) sont disponibles pour les activités du projet à coût raisonnable
3. Les donateurs clés comme WB, OMS, KFW, FNUAP, GTZ et EU acceptent de développer une approche multidonneur pour répondre aux contraintes de ressources et de gestion, et maintenir leur niveau actuel de financement pour les services.
4. Les initiatives du secteur de santé continue d'être guidée par les principes de l'Initiative de Bamako; i.e. les communautés et les ONG continue de jouer un rôle central dans la gestion des centres de santé et dans le développement des interventions de SSP.
5. Le recouvrement des coûts continue d'être viable pour permettre la disponibilité des médicaments et des autres produits de FP.

6. Tous les partenaires entreprennent un renforcement institutionnel pour renforcer la mise en place et la gestion des activités de Santé Reproductive

Les conditions critiques ci-dessus sont en fait de deux ordres:

1. Les initiatives du secteur de santé continuent d'être guidée par les principes de l'Initiative de Bamako.

Autrement dit le MSP et les partenaires entreprennent un renforcement institutionnel pour renforcer la mise en place et la gestion des activités de soins de santé primaire (y compris santé reproductive) comme suit :

- renforcement de l'approvisionnement en ME à prix abordables (e.g. renforcement de l'approvisionnement au niveau national afin d'obtenir les ME par appels d'offre internationaux en priorité, renforcement de la gestion et de la logistique à tous les niveaux une fois l'approvisionnement assuré)
- mise à jour conjointe de la tarification de façon à supporter les coûts réels des ME (idéalement calculés à partir des prix d'achats sur les marchés internationaux et des coûts de logistique raisonnables, le cas échéant, les options sont (i) de considérer un partage des coûts plutôt qu'un recouvrement en termes d'objectifs et/ou (ii) de développer des mécanismes d'amélioration ciblée de l'accessibilité financière pour compenser l'augmentation des tarifs)
- gestion décentralisée des soins de santé et du système de recouvrement des coûts, ce qui implique un appui à la participation communautaire au moins au niveau des centres de santé (dans le cadre de l'initiative de Bamako). Une délégation d'autorité substantielle au niveau des DPS et IRS n'est pas indispensable à l'Initiative de Bamako, comme l'illustre la mise en œuvre du programme PEV/SSP/ME par l'UNICEF et le MSP en Guinée à la fin des années 80.

Les trois volets : médicaments à prix abordables, gestion et financement communautaire (tarifs, recouvrement des coûts) sont indissociables de l'Initiative de Bamako. Ces trois conditions doivent être réunies pour que l'Initiative de Bamako soit viable, possible et encouragée.

2. Les bailleurs de fonds acceptent une approche multidonneur et maintiennent leur appui au secteur santé.

Cet élément est indispensable non seulement pour la Santé reproductive mais aussi pour tous les volets du projet puisque le succès et la pérennité de l'approche intégrée requièrent un système de soins de santé primaire fonctionnel à tous les niveaux et dans toutes ses composantes (médicaments, financement et gestion communautaire, supervision, système d'information sanitaire, motivation du personnel etc.). En effet, l'élément clé de l'intégration des services au niveau des prestataires est le programme de soins de santé primaires, soit l'Initiative de Bamako. La viabilité de l'initiative de

Bamako requiert une action concertée et complémentaire des bailleurs de fonds et du MSP au niveau national, intermédiaire et local.

Cette reformulation des conditions critiques est utilisée pour en examiner la vérification (ci-dessous) et dans le cadre des recommandations.

Deux autres conditions critiques n'ont pas été identifiées au début du projet. Il s'agit:

- de la motivation du personnel
- de la capacité et de la volonté du MSP à développer une décentralisation au niveau intermédiaire. Cette seconde condition est cruciale pour le projet PRISM dans la mesure où l'essentiel des interventions sur la qualité et l'accès aux services est prévu au niveau périphérique.

Enfin, une condition critique nouvelle est apparue. C'est l'assurance de la sécurité dans les régions du projet (zone forestière).

### **Les conditions critiques ne sont que partiellement vérifiées**

1. Au niveau de l'Initiative de Bamako, l'approvisionnement national en ME n'est pas optimal et la tarification actuelle ne garantit pas la viabilité de tous les CS à long terme (érosion des fonds de réserve). Pour les CS déficitaires, les contraintes budgétaires incitent à la surfacturation et augmentent la fréquence des ruptures de stocks en ME. La plupart des COGES ne sont pas fonctionnels. En dépit de constats répétés depuis quelques années, il n'y a pas encore eu de révision des mécanismes de participation communautaire. L'une des présuppositions de l'Initiative de Bamako est que la participation communautaire crée une demande effective pour des ME à prix abordables. Ceci implique l'existence de mécanismes pour rendre la participation communautaire effective non seulement au niveau des CS mais aussi au niveau critique de l'approvisionnement national. Cette présupposition n'est pas vérifiée.
2. Au niveau de l'approche multi-donneurs, les conditions initiales étaient relativement vérifiées durant la période évaluée, dans la mesure où il n'a pas été observé de duplication d'efforts. Néanmoins, la coordination et le niveau d'appui n'ont pas permis de résoudre les problèmes systémiques dans la période d'activité de PRISM (motivation du personnel, initiative de Bamako etc.).
3. La motivation du personnel demeure un élément critique au succès des interventions. Il n'y a pas eu de progrès à ce niveau, bien que le problème soit signalé dans de nombreux documents du MSP.
4. Les textes du MSP (Plan Stratégique de Développement Sanitaire, draft, novembre 2000) réitèrent la volonté de décentraliser au niveau intermédiaire. Cette volonté est manifeste depuis de nombreuses années (formation des équipes

de districts à la planification et budgétisation, début de décentralisation fiscale etc.), bien que les textes légaux aient peu évolué.

La décentralisation requiert une plus grande capacité de gestion, tant au centre qu'au niveau des districts. Elle requiert également une définition explicite de l'espace de décision à chaque niveau du système et pour chaque fonction du système de santé (financement, ressources humaines, allocation des ressources, organisation des services, gouvernance etc.). Ceci n'est pas encore disponible en Guinée.

Il existe très souvent une résistance à décentraliser qui s'explique en partie par la crainte du manque de capacités en périphérie et par le manque de capacités de suivi, facilitation, coordination et leadership au centre. Cette résistance a prévalu, d'autant plus que l'espace de décision des régions et districts n'est pas formellement décrit ni au niveau national ni dans le contexte du projet.

Les interventions de PRISM ont été choisies en accord avec le MSP. Elles sont donc toutes alignées sur ses priorités. La forte présence initiale du projet au niveau des régions offrait la possibilité de renforcer les capacités et la transparence au niveau intermédiaire. Ceci devait faciliter la mise en œuvre des activités au niveau régional, avec une négociation des détails de cette mise en œuvre à ce niveau. Dans cette optique l'appui au niveau central devait simplement permettre de suivre le bon déroulement des activités, de faciliter la coordination, et de partager les leçons apprises afin qu'elles soient disponibles pour les autres régions.

En pratique, les interventions ont été définies en détail au niveau national avec les délais que cela implique (approbation, consensus). Ceci aurait sans doute été évité si les rôles et responsabilités respectifs des régions, DPS et MSP en ce qui concerne la mise en œuvre des activités du projet avaient été clairement définis au préalable. Si le projet n'avait pas assumé une décentralisation effective d'emblée, cette étape importante n'aurait pas été occultée. Il est à noter que les ressources apportées par le projet ainsi que la perspective d'une plus grande responsabilisation des régions et DPS auraient du être utilisés pour motiver le niveau intermédiaire à améliorer la qualité et la transparence de la gestion.

#### **D. QUATRE STRATÉGIES ET SEPT THEMES FONDAMENTAUX**

Les activités de PRISM sont développées à partir de quatre stratégies et sept thèmes. les 4 stratégies sont:

- penser au niveau régional et agir localement
- visibilité rapide, crédibilité précoce
- activités parallèles au niveau national
- renforcement du système de référence

Les 7 thèmes mis en valeur dans la conception du projet sont:

- gestion des centres de santé
- distribution a base communautaire
- IEC
- renforcement des liens et de la coordination
- formation
- logistique et approvisionnement en médicaments
- recherche opérationnelle

La mise en œuvre de ces stratégies et leur impact sur la capacité de PRISM a atteindre ses objectifs sont discutés ci-dessous et résumés sous forme de table en annexe 9.

Les stratégies proposées sont excellentes sur le plan conceptuel en tenant compte de la situation en 1997-1998. Leur mise en œuvre est partielle du fait de l'absence des progrès attendus au niveau du système de santé et de difficultés au début du projet (absence de véhicules, changements de personnel etc.).

Les stratégies sont à réviser en fonction du contexte actuel (faiblesses systémiques, durée de l'intervention maintenant limitée 18 mois), cette révision ne change pas l'ensemble des stratégies et thèmes, mais elle consiste à ajuster l'approche adoptée dans leur mise en œuvre.

## **Stratégies**

### Penser au niveau régional et agir localement

L'approche de PRISM est de se concentrer sur un impact régional qui sera obtenu par des interventions et un développement des capacités au niveau local. Pour cela l'approche initiale comprenait, en résumé:

- une rénovation limitée au niveau des CS afin de garantir des standards minima en ce qui concerne l'offre de services, la sanitation, la disponibilité en ME, équipements et personnels.
- le développement de prestataires complètement fonctionnels, à savoir: des points de prestations avec un personnel formé et motivé, des consommables, une infrastructure adéquate, des systèmes de référence adaptés et une information suffisante.

- l'évaluation et le renforcement des comités de gestion, à initier par une recherche opérationnelle et à réaliser en collaboration avec le CENAFOD
- la mobilisation des personnes influentes de la communauté (leaders religieux etc.) afin d'accroître la connaissance et l'adoption de pratiques conduisant à un bon état de santé
- l'extension des réseaux communautaires susceptibles de financer la prise en charge des indigents (tontines mutuelles etc.)
- le renforcement des services à base communautaire, en particulier au niveau des agents de santé impliqués dans les stratégies avancées, des agents CBD et des accoucheuses traditionnelles et de l'élargissement de la gamme de services. Un programme de formation de CBD devait être institutionnalisé.
- le renforcement de la collaboration entre le MSP et les ONGs par une collaboration étroite (développement de plans d'actions communs, mise en œuvre en équipe) et le financement de micro- projets.
- Une information appropriée pour orienter convenablement les usagers quant à l'utilisation des services. Ceci se devait se faire par les ONGs et le MSP en renforçant les liens réciproques. Pour la référence, des directives sur les services de santé reproductives pouvaient être utilisées.
- la coordination des actions avec les autres bailleurs de fonds, notamment l'union Européenne, pour améliorer la capacité d'absorption au niveau régional.

La mise en œuvre de ces stratégies est effective mais parfois incomplète. Les principaux succès sont au niveau des SBC et de l'IEC. En matière de SBC, ceci comprend le renforcement des activités et de la légitimité des agents CBD au sein de la communauté, avec la formation de nouveaux agents et sans élargissement de la gamme de produits (contraintes au niveau central).

Les prestataires ont été formés et équipés en partie. Cependant, les possibilités de motiver le personnel au niveau local sont faibles et reposent essentiellement sur la participation communautaire et l'accompagnement par l'assistance technique. Ces éléments ont été très peu soutenus à ce jour.

L'approvisionnement en ME souffre des faiblesses du niveau central qui réduisent la motivation des agents en périphérie. L'IMAT n'a pas été adapté au contexte local.

La collaboration avec les ONG locales existe, au niveau de l'AGBEF. Les liens avec le MSP semblent plutôt limités à la mise en œuvre des interventions. Le projet s'est informé il y a plus d'un an des activités de l'UE auprès de la Direction Nationale des Etablissements de Soins. Les représentants de l'UE n'ont pu être rencontrés par la mission faute de temps.

D'une manière générale, l'approche "penser régional et agir localement" est mise en œuvre et reste valide. Les faiblesses se situent dans la manière de procéder pour ce qui est de l'action locale, elle ne prends pas suffisamment en compte les conditions critiques, par exemple, il n'y a pas ou peu d'accompagnement des prestataires. Il faut aussi revoir le spectre des interventions menées au niveau local, il est trop ambitieux au vu de l'évolution des conditions critiques (points de prestation pleinement fonctionnels, COGES).

L'approche régionale en termes d'impact suggère une certaine flexibilité dans le développement des activités. Idéalement, l'effort est proportionnel au besoin. En pratique, il semble que l'effort ait été dirigé vers les zones où la capacité d'absorption est la plus grande (d'où la concentration de centres PRISM + à Faranah et en Guinée forestière). Cette stratégie dessert l'équité. Elle est conditionnée par les limites placées à l'appui au fonctionnement du système de santé, les restrictions budgétaires subies par le projet et la volonté de rattraper le retard accumulé au démarrage du projet.

#### Visibilité rapide, crédibilité précoce

L'approche "pilote" proposée repose sur 1) des enquêtes rapides 2) un démarrage prompt 3) la réplication des succès. Elle est résumée ci-dessous.

L'enquête rapide est destinée à recueillir des informations de façon sommaire sur l'ensemble des centres afin de sélectionner les centres capables de devenir des points de prestations pleinement fonctionnels (centres avec suffisamment de personnel, une infrastructure adéquate etc.).

Dans ces centres, le projet prévoit de développer rapidement les prestations au niveau de la communauté basé sur un exercice de planification à court terme avec la participation des DPS, du personnel des CS, des membres de comité de gestion, des ONG et autres organisations communautaires. Un système de certification est prévu afin de faciliter la standardisation des prestations et de motiver les autres centres de santé.

Les leçons apprises sont à appliquer lors de la réplication dans les autres CS. Des DPS seront fortement impliqués et pourront contribuer à la réplication par le biais de la supervision. Des formations seront organisées dont des visites des centres pilotes. Des réunions seront organisées avec les 12 DPS pour ajuster les plans. Un système de communication par e-mail sera installé entre les DPS et le MSP.

Avant de considérer la mise en œuvre des activités, on peut s'interroger sur le réalisme des propositions. L'existence et la maîtrise de l'outil informatique sont assumés, de même que la fonctionnalité des COGES. La proposition initiale semble donc peu informée des réalités locales.

La sélection des futurs PPSPF n'est pas appropriée pour tirer des leçons applicables aux autres centres de santé. Un centre à potentiel élevé risque le plus souvent de bénéficier

d'un environnement socio-économique privilégié, un fait qui n'échappera pas aux nationaux au moment d'aborder la réplique.

La mise en œuvre de cette approche est retardée et ceci n'est malheureusement pas le fait d'une approche participative. Les centres PRISM+ visités ne répondent que partiellement aux normes. Les visites de terrain indiquent que les supervisions de PRISM ne sont en général pas faites avec les DPS. La principale demande en matière de communication est un équipement radio reliant les CS avec l'hôpital et la DPS. L'appui technique (formation sur les lieux de travail) est limité après les formations. Selon les agents, il comprend entre 2 et 4 visites de PRISM par centre, ces visites sont orientées sur un seul aspect technique (IMAT, IEC, inventaires etc.).

La leçon apprise est qu'il est difficile de développer des centres modèles sans un réel partenariat avec les DPS et en l'absence d'une bonne communication. La crédibilité s'obtient également par une capacité démontrée à travailler en équipe. L'absence de partage et la disparité entre les moyens disponibles pour le projet PRISM et ceux du MSP génèrent des rancœurs.

Recommandation:

- la visibilité rapide est un bon moyen d'asseoir la crédibilité du projet, mais ce qui doit être visible au niveau local, compte tenu des conditions critiques, est aussi la capacité du projet à collaborer avec les structures locales.
- En raison du peu de temps restant et des difficultés d'ordre systémique, il apparaît raisonnable de ne pas poursuivre l'approche PRISM +, sauf s'il existe des possibilités d'appui à plus long terme au niveau de l'USAID. Dans l'optique de la consolidation des acquis et de la pérennité à court terme des interventions, il faudrait plutôt sélectionner dans le paquet PRISM + des activités à renforcer pour tous les CS, en fonction des perspectives locales et nationales. L'appui devrait aussi se concentrer sur le développement de capacités de gestion et supervision pour maintenir les acquis. Les coûts des interventions devraient être estimés et diffusés, tout comme l'impact des faiblesses systémiques sur le fonctionnement des services, afin de contribuer à l'élaboration de la politique nationale<sup>1</sup> et la réplique.

#### Activités parallèles au niveau national

L'appui au niveau central, dans la proposition soumise en 1997 est destiné à faciliter la mise en œuvre des activités au niveau des régions. L'assistance technique en matière de révision des politiques de santé n'est prévue que si le MSP en fait la demande. L'approche

---

<sup>1</sup> Les interviews avec les autorités locaux du MSP révèlent l'absence de réponse du projet quant aux requêtes concernant les coûts des interventions. Ces requêtes étaient formulées dans le but d'évaluer leur rapport coût/efficacité. Elles ont été satisfaites auprès d'autres partenaires.

en ce qui concerne la révision des politiques devait être initiée au niveau des IRS, et appuyée ensuite par le personnel de PRISM au niveau central (chef du projet). Les intentions en ce qui concerne l'appui au niveau central excluent la gestion des ME, mais le paquet de services est considéré comme une activité ou l'approbation du MSP est nécessaire.

Ces dispositions ont changé. Dans la proposition de Août 1998, PRISM appuie la logistique des contraceptifs au niveau central, conformément aux suggestions de l'USAID. Un appui à la gestion des ME est maintenant proposé à tous les niveaux du système, après l'étude de la logistique et de l'approvisionnement en contraceptifs, ME et consommables pour les STI par une AT à court terme (MSH/Gabra M, Juin 1998).

Le développement initial du paquet de services s'est fait en consultation restreinte entre l'AT et le MSP à Conakry, les autres intervenants n'ont été impliqués que lors de la validation technique.

Les niveaux inférieurs ont été impliqués lors de la dissémination des normes et procédures en santé de la reproduction mais pas dans la définition initiale du paquet de services.

Il semble que l'appui au niveau central est perçu comme nécessaire par PRISM, dans la mesure où la décentralisation au niveau intermédiaire n'est pas effective, et dans la mesure où les déficiences du système de santé se répercutent au niveau local. En effet, malgré la volonté du MSP de décentraliser, les politiques sont encore définies dans le détail et le niveau intermédiaire applique des stratégies de mise en œuvre prédéterminées. L'appui au niveau central est toujours souhaitable, à ce jour cet appui n'a pas anticipé ou répondu de manière appropriée à l'absence de décentralisation effective au niveau intermédiaire (condition critique omise).

Recommandations:

Il faut prendre en compte et devancer les besoins du centre en ce qui concerne le suivi des régions dans le cadre de la décentralisation : rassurer sur la compatibilité des objectifs et la qualité technique des choix faits localement et développer un système de suivi simple et pratique pour le MSP. Il faut aussi formaliser les rôles et responsabilités des différents niveaux en ce qui concerne le suivi du projet.

#### Renforcement du système de référence

L'approche proposée en 1998 repose sur l'étude des capacités des structures de référence et suggère l'utilisation des niveaux supérieurs lorsque les hôpitaux de districts n'ont pas la capacité requise. Le renforcement de la référence pour la santé reproductive est prévu sur la base des normes et procédures en santé de la reproduction. L'établissement de protocoles est associée à la définition et l'approbation du paquet de services au bout de 2 ans.

L'enquête rapide initiale inclue 7 maternités et liste les médicaments et équipements disponibles. Au vu du questionnaire et des résultats présentés dans le rapport, l'information est incomplète pour déterminer la fonctionnalité de la structure (pas de liste des services actuellement disponibles par exemple, ventouse, césarienne, épisiotomie, permanence aux urgences etc.). D'autres investigations ont probablement été faites.

L'option de référer à un hôpital régional lorsque la maternité préfectorale est déficiente omet de considérer un obstacle majeur à la référence: l'accès géographique et financier.

La référence qui a été manifestement renforcée se situe entre les agents SBC et les centres de santé (rapports activité SBC). Mais au niveau de hôpital de Kerouane, la maternité n'a pas reçu d'appui en dehors de la dissémination des normes et procédures.

Recommandations:

- Mettre à jour les possibilités de collaborer avec des partenaires intervenant sur la qualité des soins au niveau hospitalier. Un projet vient d'être négocié avec l'UE et devrait être opérationnel avant la fin 2001. Le projet fournirait une assistance technique à l'IRS et un appui financier pour les projets établis par les hôpitaux. En l'absence de partenaires, négocier avec les hôpitaux directement (formation, tarification, retro-information, planification équipements nécessaires lors de la budgétisation annuelle des hôpitaux). Cette négociation peut s'appuyer sur des formations et un équipement radio. Les coûts et les obstacles pour la mise à niveau des structures de référence en obstétrique devraient être communiqués au centre pour informer la gestion et la politique nationale.
- Renoncer au terme "protocole de référence" qui a une connotation nationale. Utiliser les normes et procédures pour réaliser ce qui a été programmé en santé de la reproduction, au besoin établir des "protocoles temporaires ou pilotes" et renforcer le système localement.

## **Thèmes**

### Gestion des centres de santé

L'approche est discutée au niveau de IR1. L'appui à la gestion comporte une excellente formation en gestion d'équipe et de médicaments ainsi qu'en gestion des SBC. La création de capacités de formateurs au niveau régional voire préfectoral est un élément clé de la pérennité.

L'appui aux comités de gestion et à la gestion financière n'est pas visible. Il a été reporté probablement en relation avec les perspectives de changement dans la composition des COGES. Les formations ont un impact limité du à un faible suivi sur le terrain. En matière de suivi, l'essentiel des efforts se concentre sur la compilation de statistiques ou la collecte de données par enquête.

## Recommandations

Il serait utile de revoir le système de suivi du projet. Les indications et modalités des collectes de données par enquête sont à discuter en fonction des possibilités d'impliquer le MSP de façon routinière dans le suivi des progrès de l'offre de services. De manière caricaturale, on peut résumer le problème en disant que les activités de PRISM sont trop cantonnées dans les bureaux du projet.

L'approche pour renforcer la gestion des CS, compte tenu des déficiences systémiques et des réformes attendues sur les modalités de participation communautaire pourrait se faire sur une intervention pilote, dont les modalités génériques doivent être conçues avec le centre et les détails décidés localement.

### Distribution à base communautaire

La distribution à base communautaire est un succès du projet tant au niveau de la crédibilité de PRISM au niveau national que de la génération d'une demande efficace au niveau communautaire (voir IR1). La stratégie de mise en œuvre des SBC est appropriée: la pérennité s'est améliorée avec la légitimité des agents communautaires et l'implication du MSP dans le suivi. Aussi, le retard quant aux objectifs de couverture géographique est justifié. Les services SBC accroissent l'utilisation des centres de santé. Entre juin et décembre 2000, 8% des contacts ont abouti à des références effectives au centre de santé de la région de Kankan.

## Recommandations

Il faut poursuivre cette approche, parfaire son système de suivi et assurer la motivation des AC à long terme.

### IEC

Les activités IEC entreprises et réalisées par PRISM (voir IR3) visent à augmenter la prévalence des comportements appropriés en matière de planification familiale et prévention des IST et du SIDA. Le projet est reconnu par ses partenaires tant au niveau régional que central pour son expertise technique en la matière.

L'évaluation des activités CCC en novembre 2000 montre un changement d'attitude et de connaissances important dans la population cible. Le changement d'attitude et de connaissances précède le changement de comportement. Les visites de terrain suggèrent que la demande pour les services PF existe mais n'est pas toujours satisfaite. La disponibilité et l'accès géographique aux préservatifs sont relativement bons mais l'attitude du personnel reste à améliorer. Ceci explique sans doute en partie les faibles progrès observés sur les données du monitoring de la région de Kankan (voir atteinte des objectifs d'utilisation des services).

#### Recommandation:

L'IEC reste un élément clé pour augmenter la demande et l'utilisation des services. Compte tenu des faiblesses au niveau de la progression de l'offre, il faudrait orienter l'IEC sur la qualité et l'accès aux services (y compris les tarifs), que les clients sont en droit d'attendre. Il faut aussi mesurer les progrès de l'offre en relation avec ceux de la demande pour assurer une synergie quant à l'accroissement de l'utilisation.

#### Renforcement des liens et de la coordination

L'approche PRISM prévoit une coordination renforcée au niveau national, une coordination effective avec les partenaires et bénéficiaires du projet, une amélioration de la gestion des districts et une liaison avec les bailleurs de fonds et autres projets.

Les succès au niveau national sont la reconnaissance de l'expertise de PRISM en matière d'IEC, de système d'information sanitaire et de gestion des ME, ainsi que la diffusion des normes et procédures en santé de la reproduction. Les groupes thématiques se réunissent tous les 2-3 mois en ce qui concerne la santé reproductive. PRISM a également participé à la réunion des bailleurs de fonds en 2000.

La coordination avec les partenaires est visible puisque d'autres ONG telles que Africare adoptent les outils développés par PRISM. Il n'a pas été observé ni signalé de duplication en ce qui concerne les dotations en équipement et PRISM semble avoir maîtrisé cet aspect de la coordination. PRISM appuie une partie des réunions des comités régionaux d'IEC initiés par l'IRS, en alternance avec les autres intervenants.

Les faiblesses sont cependant nombreuses dans ce domaine. Au niveau du MSP, la communication est difficile et les activités du projet ne sont pas claires pour de nombreux responsables. La présence effective du personnel de PRISM auprès des décideurs du MSP est réduite en dépit de l'existence d'un bureau à Conakry. PRISM agit surtout en tant que participant plutôt qu'en tant qu'élément moteur de la coordination (réunions des bailleurs de fonds et groupes thématiques). Certains cadres du Ministère remarquent à juste titre: "Il est difficile d'attendre d'une ONG un appui à la coordination des bailleurs de fonds".

A la bibliothèque naissante du MSP, aucun rapport de recherche opérationnelle conduite par PRISM n'est disponible. Les plans d'actions de PRISM ne seraient plus transmis régulièrement à la DNSP. Si cela reflète une faible communication à l'intérieur du MSP, le rôle de PRISM pourrait alors être d'appuyer le MSP dans ce domaine (au minimum vérifier que les documents sont placés au bon endroit).

Au niveau régional, la coordination avec les autres intervenants est limitée, en dépit de multiples conventions signées avec PRISM. Les interviews avec les partenaires révèlent que l'échange d'expertise tend à être unidirectionnel. La coordination se réduit souvent à une demande de prise en charge des coûts d'équipement, par le biais de l'IRS et sans parfois même consulter le partenaire (deux exemples ont été relevés). Il a été également mentionné un manque de respect des programmes des autres intervenants ce qui a abouti

à une compétition pour la formation des personnels de santé sur les mêmes lieux et aux mêmes dates. Dans les deux cas, PRISM avait la possibilité de contacter et discuter avec les partenaires. Ces erreurs érodent la crédibilité de PRISM et la confiance des partenaires. L'atteinte de l'IR4 n'est que très partielle.

#### Recommandation

- La coordination des bailleurs de fonds au niveau national n'est pas du ressort d'un projet, sauf s'il est spécifiquement mis en place pour ce propos et à la demande des bailleurs de fonds. Pour que l'information transmise par PRISM sur son expérience soit utile, il est important qu'elle englobe des données sur les ressources nécessaires et les coûts des interventions.
- La coordination reste nécessaire au niveau des régions, d'autant plus qu'au niveau central, elle ne semble pas avoir effectivement résolu les faiblesses systémiques. Les besoins sont accrus localement et le projet ne peut pas tout compenser. Des choix devront être faits en ce qui concerne les activités à venir, à partir d'une évaluation des possibilités d'appui des partenaires ou du MSP (suivie d'engagements datés et formels).

#### Formation

Pour plus de détail, ce volet est décrit sous IR2. Les formations prévues ont été effectuées, à l'exception des domaines non encore couverts tels que la gestion des ressources des DPS et centres de santé, la santé maternelle et infantile. L'extension du programme SBC est aussi retardée. Les curricula sont remarquables et la formation de formateurs au niveau intermédiaire est un succès.

Comme mentionné au niveau de IR1 et IR2, le suivi fait défaut pour la période évaluée et la coordination entre les formations et l'apport d'équipements ou de consommables nécessaires à la mise en pratique des acquis est faibles (médicaments et équipement). Les formations des agents de santé ne sont pas toujours bien assimilées (post-tests). L'approche formation est toujours appropriée, mais il faut la mettre en oeuvre en tenant compte des faiblesses systémiques : un ralentissement ou une restriction de la gamme des sujets couverts peut-être nécessaire en l'absence de mécanismes compensatoires (accompagnement/suivi, conditions de travail des agents de santé).

#### Logistique et approvisionnement en ME

L'appui de PRISM est discuté sous IR1. Le projet n'a pas accompli toutes les activités planifiées en 1998. Pour celles réalisées au niveau des régions, il existe une faiblesse au niveau du suivi des formations. L'informatisation a échoué. L'approvisionnement en contraceptifs a été assuré pour les régions mais la collaboration avec la cellule centrale PEV/SSP/ME pour la distribution des contraceptifs reste à développer (au moins pour assurer la distribution dans les régions cibles). La dotation en produits pour le traitement

des IST est en retard par rapport aux formations, mais celle ci n'est pas directement contrôlée par PRISM (accord avec Sida2).

Les conséquences sur l'atteinte des objectifs en matière d'approvisionnement et de logistique des ME sont moindres pour la santé maternelle et infantile, du fait des retards dans la formation en santé maternelle et infantile. L'approvisionnement en SRO et en ME pour les IST doivent être renforcés rapidement.

Recommandation:

L'appui a la logistique est sur le plan conceptuel indispensable, cependant, si des faiblesses au niveau central perdurent, les efforts en périphérie pour améliorer les capacités dans ce domaine ont peu de chances d'aboutir. Il faut donc appuyer la logistique des ME localement dans le but de fournir les produits nécessaires pour les services ciblés, mais il est difficile d'améliorer l'accès aux ME en général et de façon pérenne dans le cadre d'un projet ciblant la périphérie.

#### Recherche opérationnelle

En matière de recherche opérationnelle, le projet a été extrêmement actif:

- Enquêtes rapides en 1998 et 2000
- Evaluation des SBC en 1997
- Enquête CAP sur l'IEC, Statview, 1998
- Evaluation des leaders religieux: document non remis (supports de présentation disponibles)
- IP6/IP7, version provisoire, décembre 2000
- Evaluation des activités de Communication pour le Changement des Comportements (CCC),Conforma, novembre 2000
- Evaluation des COGES, analyse en cours, questionnaire vu
- Recherche Hewlett, rédaction en cours, version provisoire vue
- Evaluation du SNIS, juillet 1999

Deux échecs dans l'exécution de la recherche opérationnelle sont mentionnés, mais la responsabilité de PRISM est discutable:

- Une revue de la littérature exécutée par Statview a été mentionnée par le responsable suivi/évaluation mais aucun document n'a été retrouvé.

- L'enquête sur l'équité, cofinancée par USAID, OMS et UNICEF. L'échec tiendrait à de mauvaises relations entre le consultant MSH et le MSP, cette enquête n'était pas sous la responsabilité directe du projet. Les questionnaires auraient finalement été distribués pour enquête par les VCP. La collecte des données par ce biais aurait échoué du fait de la résistance des communautés à répondre. Les questionnaires n'ont pas pu être vu (demandés à Conakry et à Kankan). Aucun document relatif à cette recherche n'a été trouvé, pourtant le rapport d'activités de PRISM de juillet 2000 annonce qu' un rapport d'enquête sera effectuée par les coordinateurs du projet en santé reproductive. Le rapport était attendu pour le trimestre suivant.

Les travaux de recherche opérationnelle sont examinés en plus détail dans l'annexe J.

La recherche opérationnelle menée par PRISM est en relation avec ses domaines d'intervention. Certains de ces travaux sont à la fois pertinents et utiles, pour le projet comme pour le MSP, en particulier l'évaluation des SBC, l'évaluation des activités CCC, des leaders religieux, la recherche Hewlett et l'évaluation du SNIS.

PRISM a collaboré avec le secteur privé à plusieurs reprises: Statview, Conforma, AGBEF (évaluation du SNIS). La revue de littérature exécutée par Statview, initiée par PRISM aurait finalement été financée par la Banque mondiale, du fait de la lenteur d'exécution et des difficultés budgétaires au niveau de PRISM (selon le responsable suivi/évaluation de PRISM). En dehors des recherches sous-traitées avec le secteur privé, le MSP est en général impliqué dans la préparation des instruments et de l'échantillon et la collecte, voire dans la définition des besoins (enquête SNIS).

Un succès notable est la collaboration avec la fondation Hewlett pour la recherche sur la santé reproductive des adolescents via MSH et PRISM. La recherche est extrêmement pertinente tant pour PRISM que pour le MSP.

Les enquêtes rapides, évaluation des COGES, enquête IP6/IP7 et enquête CAP sur l'IEC sont critiquables sur le plan de la pertinence. Ces critiques se rapportent soit à une exploitation limitée de la littérature et des connaissances existantes chez les autres intervenants et le MSP, soit au type d'information collectée (données partielles informant peu la prise de décision).

Recommandation:

- S'assurer de la pertinence des approches quantitatives (cas des enquête sur les COGES). En fin de projet, la pertinence de la recherche opérationnelle sera déterminée par la spécification des décisions à informer et par la concertation avec les décideurs concernés. Il s'agit essentiellement de s'assurer que les questions informées par cette recherche intéressent les acteurs du MSP dans le cadre de réformes imminentes ou l'USAID dans le cadre de la planification des

activités à venir. Il faut aussi interroger ces acteurs sur ce qu'ils ont besoin de connaître pour agir.

- Coordonner les enquêtes avec celles effectuées par l'USAID et autres intervenants et développer le système d'information de routine pour limiter la fréquence de collectes de données par enquêtes rapides (tous les deux ans au plus).
- S'assurer de la présence de rapports de recherche à la bibliothèque du MSP
- Renforcer la phase de préparation des enquêtes quantitatives par des interviews (personnel du MSP en poste depuis longtemps, autres intervenants) et une revue en détail de la littérature disponible sur la Guinée (y compris documents d'autres projets).



## **IV. ORGANISATION DU PROJET**

### **A. VUE D'ENSEMBLE**

---

#### **Forces**

- Bonne intégration du projet avec l'IRS à Faranah
- Chaque coordinateur fait son plan de travail
- Suivi régulier des indicateurs définis dans le contrat initial

#### **Faiblesses**

- Faiblesse du leadership, c'est-à-dire absence d'une vision globale du projet effectivement partagée au sein de l'équipe
- Fragmentation importante du projet : grande distance entre les responsables (contenu, suivi-evaluation, finance) et le niveau opérationnel ne permettant pas aux exécutants d'insérer leur travail dans une approche globale. Trop d'experts travaillant séparément au détriment de membres polyvalents travaillant en équipe.
- Mauvaise communication et circulation de l'information entre PRISM et ses partenaires et à l'intérieur de PRISM. Par exemple, le bureau de Kankan renvoi au bureau de Conakry pour les données de monitoring.

### **B. EVOLUTION DE LA STRUCTURE DU PROJET**

#### **Structure initiale**

##### Trois partenaires

Le contrat a été remporté par un consortium regroupant MSH, JHU et JHPIEGO. L'équipe leader MSH-JHU avait mis en avant des 50 années d'expérience combinée dans les zones reculées de l'Afrique en partenariat avec le secteur public et en collaboration avec des ONG et des organisations locales. MSH était le contractant principal, responsable de la direction et de la gestion générale du projet ainsi que de l'Assistance technique dans les domaines du renforcement de la gestion, des stratégies de financement et de la prise en charge intégrée des maladies. JHPIEGO devait diriger les activités d'amélioration de la qualité des services, notamment en santé de la reproduction par le biais d'une formation clinique et d'une supervision. JHU / CCP était responsable de la création de la demande et de la mobilisation communautaire.

## Personnel

Le personnel proposé initialement comprenait 5 expatriés et 5 professionnels guinéens, comptant une vaste expérience de terrain, y compris en Guinée, ainsi que toute une gamme de compétences en matière de gestion de projet, développement institutionnel, conception et exécution des services intégrés de santé primaire et reproductive, formation clinique et en gestion, réalisation d'IEC et mise en place de système de gestion.

Le chef de projet, fourni par MSH, devait être un professionnel de la santé publique et de l'épidémiologie, disposant de plus de 20 années d'expérience dans ce domaine. Ce médecin de santé publique disposait d'une vaste expérience en matière de gestion de projets de développement, financé par des bailleurs de fonds internationaux tels que l'USAID, la GTZ ou l'OMS.

Ce chef de projet devait être le responsable de la réalisation de l'objectif stratégique, de la qualité technique du travail de tout le personnel du projet, de la réalisation du plan de travail et de la vérification afin de s'assurer que toutes les activités du projet seraient conformes à la réglementation de l'USAID. Le chef d'équipe devait superviser le travail des 2 sous-traitants.

Trois des quatre autres expatriés devaient se partager la responsabilité des 4 résultats intermédiaires du projet :

- Le conseiller des systèmes de gestion, fourni par MSH, avait la responsabilité opérationnelle principale du domaine des résultats intermédiaires 1 et 4 concernant l'accès élargis aux services et l'amélioration au niveau des districts de la gestion et de la supervision
- Le conseiller en système sanitaire, responsable du résultat intermédiaire lié à la qualité, coordonnant l'examen des directives de services, supervisant le programme de formation pour les prestataires de services et suivant la qualité des services de l'IR2. Ce conseiller, relevant de JHPIEGO était également directeur adjoint.
- Le conseiller en IEC, création de la demande, responsable de l'IR3. Il était engagé par JHU/CCP.

Le quatrième expatrié était le responsable des opérations. A ce titre, elle assumait la responsabilité générale de la gestion interne du projet, le suivi des dépenses financières pour vérifier le contrôle des coûts et la supervision de la préparation à temps et de la présentation des comptes rendus financiers. Elle devait aussi superviser toutes les fonctions de soutien du projet.

Les 5 professionnels guinéens devaient être : un spécialiste du suivi et de l'évaluation, un conseiller en logistique, un coordinateur de la santé de la reproduction, et 2 spécialistes de la promotion sanitaire.

Le responsable du suivi-évaluation devait vérifier la collecte d'informations appropriées en santé et en gestion à différents niveaux et l'utilisation de ces données pour soutenir la prise de décision locale. Il devait se charger du suivi de l'information concernant le programme de PF/SMI pour les comptes rendus qui devaient être fait au MSP.

Du personnel de bureau devait compléter l'équipe du projet.

### Localisation

Vu l'importante zone géographique qui devait être couverte pour l'équipe de projet, le consortium a proposé que le personnel professionnel se situe dans 2 bureaux du projet, l'un à Kankan et l'autre à Nzerekore. Kankan a été proposé comme bureau principal, avec le chef d'équipe, le coordinateur de la santé et de la reproduction, le conseiller en logistique, le conseiller du suivi et de l'évaluation, le spécialiste de la promotion sanitaire et le responsable du personnel administratif. Dans le second bureau de Nzerekore devait se trouver le directeur adjoint, conseiller en système sanitaire, le conseiller en système de gestion, le conseiller en IEC/création de la demande et un spécialiste en promotion sanitaire, plus du personnel administratif.

Enfin, un petit bureau de liaison devait se trouver à Conakry avec une secrétaire à plein temps et un chauffeur. Ce bureau devait servir à faciliter les communications entre le MSP et l'USAID pour apporter personnellement, si nécessaire, les documents, les messages, prendre les rendez-vous et vérifier la logistique pour le chef d'équipe et les autres membres du projet lorsqu'ils se trouvaient à Conakry.

Conscient du fait que des consultations avec le MSP et l'USAID seraient nécessaire en plus des réunions mensuelles proposées initialement, le chef d'équipe et le directeur adjoint étaient préparés à passer une partie importante de leur temps à Conakry, surtout la première année. Pour résoudre les problèmes de communication électroniques entre les bureaux et également avec le MSP et l'USAID pour une communication périodique et spontanée, le projet voulait faire appel à un fournisseur extérieur comme StelLife pour mettre en place un système de technologie de communication pouvant fonctionner sans ligne téléphonique.

### **Modifications de la structure initiale du projet**

#### Personnel

Le projet a connu d'importants mouvements de personnels expatriés. Le plus lourd de conséquence pour le projet a été la question du chef d'équipe.

Le chef de projet présenté dans la proposition n'a plus été disponible lors du démarrage du projet. Il a alors été demandé au spécialiste des systèmes de gestion de prendre le poste de chef de projet. Son profil était différent de celui du chef d'équipe prévu. En particulier, il n'avait pas d'expérience de gestion d'un projet de santé publique dans un pays du sud. Sa formation pratique médicale était conséquente. Il avait des expériences professionnelles dans maintes spécialités lui conférant une vaste expérience dans des

établissements de soins de santé. Il dominait bien les aspects de technique médicale. Il avait suivi une formation en santé publique, mais ne s'était servi de ses compétences que dans le service de la santé publique de la province du Nouveau Brunswick (Canada). Il n'avait aucune connaissance des procédures USAID.

Ce premier chef de projet n'a pas réussi à gérer le projet comme il était attendu. Il avait accepté de prendre cette responsabilité pour aider MSH qui avait perdu son Chef d'équipe. Cependant, il n'était pas très intéressé par les tâches administratives, ni très compétent dans ce domaine mais l'USAID n'a pas demandé son départ. Par ailleurs, les membres de l'équipe du projet attendaient plus d'appui technique de sa part, ce que ses responsabilités de Chef d'équipe ne lui permettaient pas de donner. Son séjour semble avoir été apprécié du point de vue technique par les partenaires guinéens du système de santé. En juillet 1998, quelques mois après sa prise de fonction, il a indiqué son désir de cesser ses fonctions en tant que chef d'équipe tout en continuant de servir dans le projet comme conseiller technique. Il est resté en poste jusqu'en septembre 1998, puis un membre de MSH / Boston est venu faire quelques mois d'intérim avant que le recrutement d'un nouveau Chef d'équipe ne soit complété.

A la suite de ce début difficile du point de vue de la direction et de la gestion du projet, MSH a recruté quelqu'un d'autre, possédant une compétence solide en management et une expérience importante avec l'USAID. Ce nouveau chef de projet a pris fonction en février 1999 et est toujours en poste. Après un peu plus d'un an de gestion chaotique du projet, le nouveau chef de projet a fait un important travail de réorganisation de la gestion du projet et de redynamisation des relations avec l'USAID.

Cependant, le profil de la nouvelle personne recrutée était différent de ce qui était prévu initialement. Bien qu'ayant une compétence en santé publique et une expérience dans ce domaine, le nouveau chef d'équipe n'a pas un arrière-plan de technique médical. Ceci a représenté un handicap dans ses relations avec le ministère. Même si cela n'est pas rationnel, les responsables du Ministère préféraient avoir comme interlocuteur un médecin de santé publique, avec qui ils partageraient un même discours et une même approche.

D'autres mouvements de personnel ont eu lieu et certains postes ont été modifiés.

La responsable des opérations est restée presque 2 ans. A son départ, ses attributions ont été réparties entre 2 nouveaux postes puis de nouveau réunis en un seul poste: une personne qui est resté en poste seulement 8 mois (nov. 99 – juin 00) et une autre personne en charge des finances. Cette dernière a pris ses fonctions en décembre 1999 et est toujours en poste.

Le responsable de l'IEC / génération de la demande a pris fonction au début du projet et est resté jusqu'en juin 2000. Une autre personne a été recrutée pour lui succéder. Elle a pris fonction en septembre 2000. Cependant, il y a ensuite eu une période d'incertitude sur la fonction de représentant régional rattachée à ce poste, ce qui a entraîné de la

confusion auprès des partenaires et dans l'organisation du bureau de Kankan. Ceci sera revu plus loin.

Un responsable de la gestion des systèmes a été recruté en remplacement de celui prévu initialement qui avait pris les fonctions de Chef d'équipe. Ce responsable est resté en poste jusqu'en décembre 2000. A son départ, il n'a pas été remplacé.

Enfin le responsable des systèmes de santé, et directeur adjoint, relevant de JHPIEGO est resté en poste du début du projet jusqu'en mars 1999. JHPIEGO s'est retiré du projet à son départ. Ceci sera repris plus loin

Enfin, un nouveau poste a été créé il y a 2 ans, celui de spécialiste en survie de l'enfant. Ce poste est toujours occupé par le même médecin de santé publique expatrié qui avait été recruté à l'ouverture du poste.

### Localisation

En même temps que le mouvement de personnel, un important mouvement géographique a affecté le déroulement du projet. D'une part, une partie de l'équipe de direction s'est relocalisée à Conakry au lieu de rester en région. D'autre part, l'insécurité croissante en Guinée forestière a amené à la fermeture du bureau de Nzérékore et au repli de la majeure partie du personnel du bureau de Faranah.

En juin 1998, un important mouvement géographique a eu lieu. Le Chef d'équipe qui était basé à Kankan est venu s'installer à Conakry. Le même chemin a été suivi par le responsable du suivi-évaluation. Le responsable des systèmes de santé / JHPIEGO a également quitté Nzerekore en juin 1998 pour venir s'installer à Conakry. Enfin, le responsable IEC / génération de la demande a quitté Nzerekore en juin 98 pour Kankan.

La migration des principaux responsables du projet pour Conakry n'apparaît pas pleinement justifiée. La plupart des raisons invoquées dans la ré-application d'Octobre 1998 pour justifier cette recentralisation du projet étaient préexistantes au lancement du projet. Ce changement de stratégie implique qu'une mauvaise analyse de la situation avait été faite dans la proposition et que la situation réelle de la Guinée n'était pas bien connue par ceux qui ont préparé cette proposition. Cette impression est confirmée par les faiblesses constatées pour l'examen des conditions critiques retenues pour le projet.

Selon les responsables du projet, bien que la Guinée supporte fortement la décentralisation du système de santé, beaucoup d'activités et de décisions continuaient d'être prise au niveau central. Il est mentionné dans la ré-application que , comme les officiels du MSP opéraient depuis des années dans un système hautement centralisé, le passage des lignes d'autorité au niveau des régions et la nouvelle définition du rôle du niveau central demandait du temps. En outre, la majeure partie des grands projets et des donateurs était basée à Conakry.

Or, justement, un des avantages comparatifs du projet tel qu'il avait été soumis, et qui avait permis son choix par l'USAID était son aspect décentralisé. L'installation du projet à la périphérie, avec un simple bureau de liaison à Conakry, était un signe clair de mise en œuvre concrète de la décentralisation. Le retour sur Conakry sous prétexte de la difficulté de mettre en œuvre la décentralisation malgré les textes et discours officiels était plutôt un aveu d'impuissance face au pouvoir central. Si aucun projet n'accepte une installation à la périphérie, malgré les difficultés et le défi que cela représente, la décentralisation ne pourra pas se construire.

Il est aussi argué que la visibilité et la crédibilité des activités de PRISM pour être solidement établis au niveau central auraient nécessité que les responsables du projet soit à Conakry pour faire le marketing du projet. En réalité, il est plus important d'avoir les responsables sur le terrain pour assurer réellement la mise en œuvre d'activités de qualité que d'être à Conakry pour représenter un projet qui ne marche pas bien par manque de leadership. Le marketing d'un bon projet innovateur est toujours plus facile à établir que celui d'un projet qui n'apporte rien de nouveau.

La question d'être à Conakry pour avoir des contacts plus fréquents et pour des activités plus larges que prévus dans le cadre du projet n'est pas justifiée. Il est certain que la présence d'experts à Conakry sera toujours recherchée par des partenaires pour les aider dans leurs dessins spécifiques. Mais avant tout, le projet a été conçu pour un but et des résultats précis. Il devrait se concentrer là-dessus avant de prétendre aller intervenir dans d'autres domaines ou activités. Depuis que les responsables du projet sont à Conakry, ils sont très sollicités, et cela les gêne pour réaliser le projet dont ils ont la charge. D'ailleurs les rapports du projet mentionnent que l'AT donnée au niveau central excède les prévisions, retardant ainsi les activités techniques et la planification stratégique dans les régions. La sollicitation est importante aussi de la part d'autres bailleurs, comme par exemple la Banque Mondiale.

Dans la seconde partie de l'année 2000, l'apparition de troubles suite à la guerre sévissant aux frontières de la Guinée (Sierra Leone et Liberia) a rendu difficile la poursuite des activités en zone forestière. L'ambassade des USA a recommandé le retrait des zones concernées. PRISM a été autorisé à suspendre ses activités et à se préparer à fermer son bureau de Nzerekore en décembre 2000. Le départ de cette zone était un cas force majeure pour le projet.

### Départ de JHPIEGO

Le retrait de JHPIEGO du consortium est la conséquence d'une gestion aléatoire des ressources humaines au début du projet. Suite aux divers changements de localisation des personnels au cours de la première année du projet, la plupart des responsables du projet s'est retrouvée à Conakry : le chef d'équipe, le responsable du suivi-évaluation, ainsi que le responsable de la gestion de systèmes. Ce dernier était aussi le directeur adjoint et le représentant de JHPIEGO en Guinée. La seule personne qui aurait vraiment du se trouver à Conakry était la responsable des opérations, mais elle n'y était pas. Le projet a

rencontré de grandes difficultés pour le dédouanement, ce qui a obligé la responsable à être toujours en déplacement entre Nzerekore et Conakry.

Comme il a déjà été mentionné, l'USAID avait donné beaucoup de valeur lors de l'attribution du contrat au fait que la proposition présentait un projet décentralisé. Or, un nouveau poste était en cours de création, celui de spécialiste en survie de l'enfant. Un autre était aussi en discussion, celui de responsable de gestion des médicaments essentiels. Selon les 3 organisations membres du consortium, ces 2 postes devaient aussi se trouver basés à Conakry.

Pour une bonne mise en œuvre du projet, il était indispensable d'avoir au moins un des deux principaux responsables du projet sur le terrain. En février 1999, le nouveau chef de projet a proposé au directeur adjoint de s'installer à Faranah, mais celui-ci a refusé de repartir à l'intérieur du pays avant la fin de l'année 1999 pour des raisons personnelles. Le président de JHPIEGO est venu début mars 1999 en Guinée pour discuter de la situation. Malheureusement, JHPIEGO n'avait aucun autre candidat de qualité disponible avant 9 à 12 mois minimum. Il a alors été convenu entre MSH et JHPIEGO d'arrêter le partenariat dans le projet au sein du consortium. Par contre, des mandats ciblés, par exemple les soins post-avortements, devaient être confiés à JHPIEGO au cours du déroulement du projet. Cependant, il n'y a ensuite eu aucun contrat de courte durée avec JHPIEGO.

A la suite du départ de JHPIEGO, les activités en santé maternelle, accouchement et qualité des soins ont connu un ralentissement important. Or, comme il a été mentionné plus haut, ce qui faisait la différence entre le projet PRISM et les projets précédents de l'USAID est que la santé maternelle était intégrée. JHPIEGO était un élément important dans la mise en œuvre du projet car il apportait l'expertise en santé maternelle alors que MSH est surtout compétent en planification. L'engagement d'une spécialiste en survie de l'enfant aurait été crucial pour avancer les activités de qualité des soins, comme la maternité sans risques (selon la soumission d'Octobre 2000, volet 1, p69). Cependant, il n'y a pas eu beaucoup de développement des activités dans ce domaine depuis son recrutement et durant la période évaluée: pas de formation en CPN ni en accouchement, pas de renforcement de la consultation pédiatrique, etc. Un travail en liaison avec l'approche PCIME (Voir la section sur IR#1) et des activités d'appui à la maternité sans risques débutent en année 4.

Il n'y a donc pas eu d'intégration de la PF dans toutes ces activités. La première étape de l'intégration portait sur l'amélioration de la santé maternelle autour de la grossesse. On ne trouve rien dans les indicateurs là-dessus. Le travail sur la référence, la mise en place d'un système n'a pas été fait non plus, durant la période évaluée.

### **Structure actuelle du projet et fonctionnement**

#### Leadership et responsabilités

La mission d'évaluation a constaté une faiblesse du leadership dans le projet. La mission entend sous ce terme la capacité à développer une vision du projet et à la faire partager

pour que les personnes qui travaillent dans le projet la comprennent et y croient. Cette personne devrait savoir comment le projet est conçu (place dans le système de santé Guinéen à court et moyen terme, arrangements institutionnels), connaître les résultats intermédiaires (leur articulation et leur suivi) et préparer le devenir du projet pour la fin du financement USAID. La capacité à faire partager cette vision à l'ensemble du personnel technique impliqué dans le projet et à obtenir son adhésion est cruciale.

Le chef d'équipe a indiqué à la mission que depuis l'évaluation mi-parcours interne du projet, un travail dans ce sens avait été fait. Plusieurs ateliers avec l'ensemble du personnel technique ont été organisés. Sans doute, la structure actuelle du projet avec le chef de projet et le spécialiste suivi évaluation à Conakry et le reste du personnel à Kankan est en grande partie responsable de cette faiblesse actuelle de leadership.

A Kankan, l'équipe d'évaluation n'a pas trouvé d'interlocuteur qui donne de la cohérence aux interventions, ou qui suit l'évolution de l'ensemble du projet. Chaque intervenant technique est séparé dans des petits domaines parallèles et personne ne semble avoir de vision globale. Lors de la recherche d'informations précises sur des activités, intégrées dans un contexte d'atteinte de résultats, l'équipe d'évaluation a souvent été renvoyée sur les responsables de Conakry. Le coordonnateur IEC / responsable régional suit de très près le résultat intermédiaire #3, y compris une grande partie de son volet financier. Il donne une très bonne cohérence à cette composante du projet. Les résultats obtenus sont les meilleurs du projet (voir section sur IR#3).

Le manque de responsable du projet clairement identifié à Kankan n'a pas seulement été constaté par l'équipe d'évaluation, lors de son passage à Kankan. Il a aussi été mentionné par des personnes de l'extérieur (ONG, MSP), vivant quotidiennement dans la même ville que le projet. Ces interlocuteurs indiquent que « On ne sait pas trop à qui s'adresser.

La situation d'incertitude quant au nom du responsable du projet à Kankan s'explique en partie par les mouvements de personnel. Au départ du représentant de JHU / CCP, en juin 2000, le responsable du suivi-évaluation a été nommé représentant par intérim. En octobre novembre, le représentant par intérim a fait la navette entre Kankan et Conakry. Ensuite, il est parti à Conakry et un coordinateur IEC a été intérimaire de l'intérimaire. Le nouveau coordonnateur IEC, est venu comme consultant de juin à août, puis a été recruté en septembre par JHU/CCP. Il est resté un mois à Conakry et il est arrivé le 17 octobre à Kankan. Il y a eu des hésitations sur sa nomination, et il n'a été nommé officiellement qu'en janvier 2001. Ce nouveau responsable est à Conakry 7 à 10 jours par mois, en particulier pour l'envoi du rapport financier du volet JHU qu'il expédie à Baltimore. Par ailleurs, il est sur le terrain environ 5 jours par mois.

Les décisions stratégiques pour le projet seraient prises par un « senior staff ». Il n'existe pas de définition écrite des fonctions et attributions de ce « senior staff » ni de sa composition. Cette approche n'est pas toujours bien acceptée par le personnel national expérimenté. Pour la plupart des aspects techniques du projet, le Chef d'équipe délègue à la spécialiste Survie de l'enfant. Actuellement, cette spécialiste fait la navette entre Conakry et toutes les localités où il y a des formations à effectuer.

Du point de vue de la délégation d'autorité par MSH, l'autorité et la responsabilité de la mise en œuvre du projet sont confiées sur le terrain au chef d'équipe et à l'équipe de conseiller. Le chef d'équipe a entière autorité pour prendre les décisions se référant au programme, pour les dépenses de fonds et pour recruter du personnel dans le cadre de l'accord avec l'USAID. La politique de MSH est de déléguer l'entière responsabilité au chef d'équipe et de ne participer qu'aux décisions liées à la mise en œuvre du projet que si des problèmes se présentent concernant l'exécution du contrat.

Il n'y a pas de transfert de compétence en gestion du projet du Chef d'équipe au point focal du MSP. Il n'y a pas non plus d'homologue du responsable financier pour un transfert de compétence dans ce domaine. Une personne cible devrait être identifiée pour chaque personne faisant du transfert de compétence. A Faranah, le Chef d'équipe GTZ transférerait à l'Inspecteur Régional. Le transfert de compétence du Chef d'équipe devrait sans doute se faire à un niveau plus opérationnel que le niveau central.

### Personnel

Fin février 2001, il y avait au bureau de Kankan 38 personnes, toutes catégories confondues (Annexe 11). Parmi elles, 19 étaient des personnels techniques et administratifs, les autres étaient du personnel de soutien : gardiens, chauffeurs et personnel d'entretien. Ce personnel est pléthorique. Pratiquement tous les agents qui étaient en poste en région forestière ont été rapatriés et ont conservé leur poste, même si certains réaménagements de fonctions ont été faits. La réduction de la zone d'intervention du projet, et donc des cibles à atteindre par le projet devrait s'accompagner d'une réduction du personnel. A ce jour, il n'y a pas eu de créations d'activités nouvelles ou de nouvelles composantes avec l'arrivée de ce personnel surnuméraire. Le seul élément que l'on peut constater est une redistribution des zones géographiques d'intervention de certains coordonnateurs, ce qui réduit le nombre de préfecture que chacun d'eux doit couvrir.

Ce grand nombre de personnel est installé dans les locaux du centre ville. Se trouvant à l'étroit avec l'arrivée de ces nouveaux arrivants, PRISM a loué un plus grand bureau, d'une taille imposante. Même si le loyer en sera inférieur à celui des locaux actuels (800 US\$ par mois au lieu de 1125, mais après des travaux d'aménagement d'environ 12 millions de FG), ce déménagement ne semble pas pertinent. Une réflexion plus approfondie aurait du être menée sur l'organisation et la structure du projet. Au lieu de louer de plus grands locaux pour pouvoir loger tout le monde, la mission d'évaluation pense qu'il serait plus pertinent :

- d'installer le personnel technique à l'IRS,
- de redéployer des coordinateurs au niveau de quelques préfectures,
- de licencier un nombre d'agent correspondant approximativement à celui qui travaillait dans le bureau de Nzerekore (à préciser selon une redéfinition des tâches)

- de ne pas conserver de bureau en dehors de l'IRS.
- Fonctionnement

Les coordonnateurs sont trop spécialisés, ce qui ne permet pas une bonne intégration aux structures du MSP qui sont polyvalentes. Il est utile d'avoir des experts pour chaque volet, mais il n'en faut pas un trop grand nombre. Il devrait y avoir seulement quelques coordonnateurs experts pour l'ensemble du projet et des coordonnateurs plus polyvalents au niveau inférieur. Par exemple, il pourrait y avoir 3 experts au niveau de la région : IEC, gestion et qualité. Quand aux coordonnateurs qui vont dans les CS, ils devraient être polyvalents, comme leurs interlocuteurs du MSP.

Cette spécialisation des coordonnateurs et la façon dont ils travaillent, représentent un retour à l'époque des grands programmes verticaux. Les visites que font les coordinateurs sont focalisées sur un seul aspect des services renforcés. Ce manque d'intégration au niveau opérationnel, conduit à un gaspillage de ressources sous deux aspects : sous utilisation du déplacement du coordonnateur et mobilisation à répétition des agents des CS. On devrait avoir une différenciation au niveau supérieur du projet (expert) et une intégration au niveau opérationnel (personnel polyvalent) alors que pour le moment tout le personnel du projet est expert en un domaine particulier. Le personnel de santé du MSP est polyvalent et la structure du projet devrait tenir compte de cette donnée.

Le projet fonctionne en hiérarchie au lieu de fonctionner en réseau. Le projet se présente comme une organisation cloisonnée qui ne peut pas vraiment fonctionner en partenariat, car cela nécessite une approche plus horizontale. Les décisions ne sont prises que par le chef, même pour les experts.

## **C. SUIVI INTERNE DU PROJET**

### **Finances**

La mission a eu des difficultés à réaliser l'évaluation du suivi financier par manque de documents disponibles. Les données financières globales se trouvent dans les différents rapports annuels et les ré-applications. Cependant, la mission souhaitait particulièrement examiner les dépenses par résultat intermédiaire, et la part des coûts de structure par rapports aux coûts de réalisation directe des activités. En outre, la mission était intéressée par les coûts de fonctionnement des différents bureaux du projet.

Dès la première rencontre de l'équipe d'évaluation avec les responsables de PRISM, les documents pertinents pour cet examen ont été demandés. Ils ont ensuite été demandés à plusieurs reprises pendant la durée de la mission, mais PRISM avait de la difficulté à les produire. Mis à part les données sur le coût de fonctionnement des différents bureaux, ces documents n'ont malheureusement été remis à l'équipe que le jour de son départ, ce qui n'a pas permis d'en débattre (Annexes 12 à 15).

En outre, lors de la première rencontre, le Chef de projet a expliqué à l'équipe d'évaluation qu'il n'était pas possible de connaître actuellement le coût par objectif intermédiaire pour chacune des 3 années de la période concernée par l'évaluation. Il a expliqué que cependant, depuis le 1 octobre 2000, un système d'étude de coûts par résultat intermédiaire se mettait en place grâce à une codification spécifique des dépenses (Annexe 16). Dans les documents remis le jour de son départ, l'équipe a constaté que des montants sont mentionnés en face des résultats intermédiaires. L'équipe d'évaluation n'a pas eu l'opportunité de discuter ultérieurement avec les responsables du projet pour examiner comment ces données avaient été obtenues, et pour discuter de leur signification.

Les coûts d'ensemble du projet correspondent aux coûts de projets semblables, intervenant au niveau régional et employant du personnel qualifié et d'expérience reconnue. Le coût des salaires de certains personnels nationaux peut paraître élevé. Cependant, c'est peut-être ce niveau de salaire qui permet de conserver en Guinée des nationaux qui autrement rejoindraient des organisations internationales travaillant dans d'autres pays.

Selon un document remis par PRISM à la mission, les coûts de structure ont représenté pour l'année 2000 près de 70% des coûts totaux du projet, ce qui est très important (Annexe 17). Le projet avait alors 3 bureaux régionaux à financer, plus un bureau complet à Conakry. Pour l'année 2001, les dépenses de structure projetées seront réduites d'environ 435,000 US\$, pour ne représenter plus que 60% des dépenses totales du projet.

Les prévisions de budget de fonctionnement par ville pour l'année 2001, et selon les informations données à la mission au début de son séjour en Guinée, indiquaient que 42,7% des dépenses de fonctionnement hors salaires seraient dépensées sur le bureau de Conakry contre 47% pour celui de Kankan, le reste allant aux deux autres bureaux régionaux (Annexe 18). Cela montre l'importance prise du point de vue des dépenses par le bureau de Conakry. PRISM est actuellement en cours de réflexion, et pourrait prendre de nouvelles orientations modifiant ces prévisions de façon importante, dans le sens d'une redistribution du financement en faveur des régions.

### **Progression vers les objectifs**

Le suivi des indicateurs définis dans le contrat est effectué régulièrement entre la Mission USAID et le responsable du suivi-évaluation de PRISM. Le système de présentation de PRISM suit de très près les lignes pour chaque activité. Cependant, outre les réserves faites dans ce rapport sur la pertinence des nombreux indicateurs de processus, la mission a constaté une tendance à l'interprétation un peu large des résultats trouvés dans les rapports annuels. Par exemple, pour l'enquête rapide du résultat intermédiaire #1 (Activité 1.1.1.), le "diagnostic du système" est en fait limité à l'étude des centres les plus performants dans la seconde enquête.

L'orientation des indicateurs sur la mise en oeuvre des activités plutôt que sur leur effet conduit aux problèmes suivants:

Le projet investit beaucoup dans des formations de personnel. Il suit le nombre de formation, parfois leur coûts, mais il n'existe peu d'indicateurs reflétant les résultats de la formation sur l'offre de services. La disponibilité en médicaments n'est pas suivie par le projet. Le seul suivi qui est fait est le monitoring du MSP dans lequel il y a 4 molécules obligatoires et 3 au choix, mais ce ne sont pas forcément les molécules importantes pour le projet. En outre, il n'existe pas d'indicateurs pour savoir si la formation en médicaments a eu un impact. Pour le suivi IMAT, les agents pouvaient envoyer des copies à PRISM à leur convenance. Cela donne une idée sur l'utilisation spontanée de l'outil (en assumant que les IMAT faits sont envoyés à PRISM) mais n'informe pas de manière fiable sur la disponibilité en ME.

La rétro-information entre les personnes chargées du monitoring et les personnes mettant en œuvre les activités du projet devraient être beaucoup plus développée. Cet échange est indispensable pour la construction de la vision du projet et pour l'adaptation des actions en fonction des résultats obtenus, d'où la nécessité d'avoir le responsable du suivi évaluation dans la même ville que l'équipe opérationnelle.

Le suivi par le projet de la gestion des centres est insuffisant, elle repose sur le monitoring pré-existant et dont les données n'étaient pas disponibles au bureau de Kankan. Les passages de PRISM ne laissent pas de traces écrites dans les centres de santé, bien que les DPS notent leurs remarques dans le RUMER et certains chefs de centres dans des cahiers de supervision interne.

Pour le monitoring de IR3, toutes les informations pour suivre les résultats viennent de PRISM. Le suivi du matériel (développement et quantités) et des activités organisées est bien fait pour chacune des 3 régions. Le MSP n'est pas impliqué dans ce suivi. Certains indicateurs viennent d'enquêtes périodiques en population et mesurent les effets de la communication.

## **D. SUIVI EXTERNE DU PROJET**

### **Implication de l'USAID**

Ce projet était initialement conçu comme un contrat basé sur la performance. Ce type d'instrument requiert une bonne capacité à évaluer l'impact des interventions, même dans un environnement instable, si des indicateurs du type IR sont choisis. Dans cette approche, seuls comptent les résultats, mesurés en termes d'atteinte des objectifs. Le titulaire du contrat a toute liberté en ce qui concerne la mise en œuvre des activités.

En pratique, les déterminants de l'utilisation des services ne sont pas seulement les services de santé et le projet. Par exemple la situation socio-économique affecte l'utilisation. Il devient donc difficile d'apprécier la contribution du projet dans l'atteinte d'objectifs quantitatifs, car il faudrait un moyen de contrôler l'effet des autres déterminants.

Même s'il n'existe pas d'indicateur miracle mesurant la progression vers les objectifs imputables au projet, les indicateurs choisis par PRISM se contentent trop souvent

d'apprécier la mise en œuvre des activités de façon quantitative et sans interroger l'effet de ces activités.

En conséquence, l'USAID ne peut apprécier le projet qu'au vu des activités mises en œuvre. Comme mentionné plus haut, c'est ce qui est fait régulièrement avec le responsable du suivi-évaluation de PRISM. La pertinence de ces activités quant à l'atteinte des objectifs n'est pas ou peu évaluée à partir des indicateurs disponibles.

L'approche contractuelle implique (en principe) que l'USAID se désintéresse de la mise en œuvre, tant que les résultats sont atteints. L'atteinte des objectifs SO2 par le projet est difficilement mesurable donc il devient délicat de déterminer comment le suivi doit être fait. Il faut d'une part respecter les choix de MSH quant à la mise en œuvre. D'autre part, les seules données disponibles pour le suivi du projet par l'USAID décrivent les activités. Donc, l'USAID ne peut réagir que sur ce qui concerne la mise en œuvre. L'ambiguïté est aussi à double sens, car du point de vue du titulaire du contrat, il devient difficile de distinguer les conseils facultatifs des recommandations à suivre afin de démontrer la performance du projet (en l'absence d'indicateurs de résultats). Cette ambiguïté semble générer des variations dans le degré d'intervention de l'USAID dans le projet.

En 1998, l'USAID a suggéré l'appui de PRISM pour la distribution nationale en contraceptifs ainsi que l'intégration de la distribution vers les régions cibles dans le système national (selon la proposition négociée en 1998). Ces mesures sont en faveur de la pérennisation et sont dans la proposition de projet négociée en 1998. Bien que hautement désirable, la pérennisation ne fait pas partie des éléments contractuels initiaux mis en valeur. En pratique, l'appui demandé au niveau central ne pouvait pas améliorer l'accès aux contraceptifs dans les régions cibles (à court terme), puisque PRISM y assurait une distribution parallèle. Dans l'optique d'un contrat de performance appliqué à la lettre, MSH aurait du refuser. Mais en l'absence de mesure objective de performance, refuser peut-être délicat, surtout que la suggestion est techniquement fondée du point de vue national (pérennité).

A l'inverse, il ne semble pas que la mission USAID soit intervenue pour éviter la concentration des autres experts du projet à Conakry. Ceci illustre les oscillations entre d'une part, la volonté d'apprécier le projet au vu de ses seuls résultats (non-intervention) et d'autre part la volonté d'assurer un suivi visible du projet (au moins par des conseils ou requêtes).

Ces difficultés sont plus liées à l'approche contractuelle dans le cadre de la santé qu'à l'attitude des deux parties, bien qu'il serait souhaitable d'améliorer les indicateurs de suivi du projet. Les termes du contrat ont ensuite été ébranlés par les difficultés de financement de la mission USAID en décembre 1999.

L'USAID et le projet PRISM devraient poursuivre le travail en cours sur le système de suivi du projet. A ce niveau, il importe d'avoir une réflexion et une compréhension commune sur ce que veut dire la performance, puisque c'est elle qui fait l'objet d'un contrat.

## **Implication du MSP**

En ce qui concerne l'appui du MSP, il faut se référer à la discussion sur la décentralisation. Il est clair que le MSP est responsable sur le plan technique et sur le plan de la coordination au niveau national. Cette responsabilité reste mal définie au niveau du centre tant que l'espace de décision au niveau local (IRS, DPS) ne l'est pas. Aussi, il existe une oscillation entre une décentralisation par défaut et une centralisation excessive. La première reflète la difficulté de suivre dans le détail toutes les activités entreprises dans des régions hétéroclites et la seconde, une volonté d'assurer un suivi de ces activités.

Il importe aussi de modifier l'approche de PRISM (i) en reconnaissant que sous les noms nouveaux (PCIME etc.) se cachent bien souvent des recettes anciennes, (ii) en améliorant la participation des régions et DPS dans la planification des activités et stratégies et (iii) en considérant que l'adoption nationale n'est pas une condition nécessaire d'emblée quant il s'agit du détail des stratégies (puisque la décentralisation est la reconnaissance de variations régionales).

PRISM devrait assister le MSP à définir les lignes essentielles de suivi du projet au niveau central. Ceci simplifierait le suivi pour le MSP qui doit certainement, tout comme l'équipe d'évaluation, passer beaucoup de temps à comprendre la signification de la longue liste d'indicateurs de suivi du projet. Il faut clarifier avec le MSP et les IRS/DPS l'information qui doit être visée par le centre et l'information qui est simplement fournie pour enrichir les connaissances du MSP.

Le projet doit concentrer son appui technique au niveau local (DPS/IRS) afin d'améliorer la prise de décision et la capacité à justifier des choix faits au niveau périphérique.

PRISM doit apprendre à se mettre dans l'ombre pour une meilleure appropriation des activités au niveau local et appuyer les requêtes/suggestions des IRS/DPS à la demande. Enfin, il est important de clarifier auprès du MSP le statut particulier de MSH par rapport aux ONGs employant des volontaires. L'expertise disponible auprès de MSH ne semble pas bien reconnue, probablement parce que la plupart des ONGs travaillant en Guinée emploient essentiellement des volontaires qui n'ont pas toujours une expertise spécifique en santé publique et développement. Aussi, pour le MSP, les ONGs sont le plus souvent des appuis à la mise en œuvre plutôt que des sources d'assistants techniques capables de participer plus directement à l'élaboration des politiques et programmes. Cette reconnaissance permettrait de rassurer le MSP sur les capacités disponibles dans les régions cibles.

## V. RÉSULTATS DU PROJET

---

*Avertissement : La numérotation des paragraphes de ce chapitre 5 est particulière. Conformément à la table des matières, les 4 résultats intermédiaires font l'objet d'un paragraphe séparé. Cependant, pour faciliter le suivi par rapport aux documents de référence (Proposition révisée et ré-applications, tableaux de suivi des indicateurs en annexes S, T, U et V), les intitulés et les numéros de sous-paragraphes reprennent le plus possible ceux des activités contractuelles.*

### A. RÉSULTAT INTERMÉDIAIRE # 1 : ACCESSIBILITÉ

L'IR1 est formulé comme suit : « Améliorer l'accès aux services et produits de planification familiale/santé maternelle et infantile et STDs et l'accès aux services de prévention du SIDA ».

L'évaluation détaillée de la mise en œuvre des activités prévues figure dans le tableau en annexe 19. Ce tableau récapitule la mise en œuvre des activités telle que rapportée par PRISM, mais avec des commentaires sur les constats de l'équipe d'évaluation.

Les principales conclusions sont :

1. Les services SBC sont un succès important, même si les agents ont été formés à un rythme plus lent que prévu. En fait, la décision de PRISM de demander aux communautés de confirmer l'agent et de réviser la procédure de sélection est un exemple à suivre pour les autres activités du projet.
2. De nombreuses activités accusent un retard lié aux problèmes suivants.
  - Les priorités entre des activités dont la réalisation requiert un compromis sont mal définies. Cet exercice est nécessaire du fait de l'amplification des faiblesses systémiques depuis la conception du projet et des limites existantes sur les ressources disponibles. Les choix à considérer sont les suivants:

L'atteinte de résultats, tels que formulés au niveau des prestations et dans le court terme peut nécessiter de renoncer à certains aspects de la pérennisation. Ce choix semble avoir été fait, par défaut, dans la réalisation des activités de formations (impact réduit par un faible suivi).

L'augmentation de l'accès géographique aux services peut demander, dans un contexte où les ressources sont limitées, de réduire la gamme des services et/ou l'appui à la qualité des soins. Le choix s'est également fait par défaut: faible intégration des activités de santé maternelle et infantile.

Le recouvrement des coûts, comme instrument de pérennisation de l'accès géographique peut se faire au détriment de l'accessibilité financière et de l'équité. Bien que ce choix soit essentiellement une question d'ordre national, au niveau du projet il convient de spécifier l'accent à mettre sur les systèmes de solidarité communautaire.

- Les changements de personnel, probablement liés à l'expérience limitée de MSH en Guinée au début du projet, ont retardé la mise en œuvre des activités.
  - Des difficultés budgétaires rencontrées au niveau du financement du projet (fin 1999) combinées à une volonté de rattraper au plus vite le retard sur l'impact statistique ont ajouté aux faiblesses de la collaboration avec les DPS.
  - Les efforts pour obtenir l'approbation des stratégies et produits au niveau central afin de garantir la pérennité des acquis n'ont abouti qu'au prix de retards injustifiés. Compte tenu de la diversité des régions et des intervenants, il est pratiquement impossible d'obtenir un consensus national rapidement pour des politiques qui sont définies dans le détail.
3. L'analyse des résultats tels que présentés est un exercice laborieux. Pour de nombreux indicateurs, l'équipe d'évaluation a dû demander des explications sur le mode de calcul, la source ou la signification des indicateurs.

De nombreux indicateurs ne sont pas mesurés tels que présentés dans la colonne benchmark:

- MSP validation (1.4): en fait la validation est limitée aux normes et procédures en santé de la reproduction en 1997. Pour le paquet minimum de services, la validation technique est obtenue et le paquet a été transmis aux DPS, mais le document et son utilisation ne sont pas encore approuvés par le cabinet (prévu en Avril 2001), selon les autorités compétentes du MSP. Selon PRISM, le paquet est validé depuis Janvier, il semble qu'il y ait confusion entre validation technique (interne au MSP et signifiant informellement l'intérêt du MSP) et validation par le cabinet (expression formelle de la volonté du MSP d'utiliser le paquet de services comme élément de la politique du Gouvernement de Guinée).
- Supervision (1.7.6): le niveau de formation, intégration ou la présence de l'assistance technique ne correspondent pas à l'indicateur "nombre de CS recevant une retro-information régulière de leurs superviseurs".
- Les résultats qui sont sous forme de listes de centres intégrés pour la PF, puis pour le traitement des STDs puis des futurs centres PRISM+ ne sont pas clairs (ex

1.6.2; 1.7.6). En particulier, la possibilité d'un double compte devrait être explicitement écartée. L'information sur le total fournie en 1.9.5. est utile.

Il serait souhaitable de placer des notes en bas de page pour mettre en garde le lecteur lorsqu'une activité est partiellement complétée ou modifiée.

### **Cartographier le système de santé**

Une enquête rapide a été effectuée par PRISM durant l'année 1 dû aux retards dans l'analyse situationnelle en santé de la reproduction et les résultats utilisés pour les interventions PRISM. Dans la proposition de projet, il s'agit d'effectuer un état des lieux sommaire. L'information collectée ne serait pas systématique et suffisante pour la prise de décision (par exemple, insuffisance dans l'inventaire des équipements). L'utilisation des informations est incomplète. Par exemple, la faible fréquence des supervisions (une fois dans les 6 mois précédents pour 29 % des cas) aurait du générer des doutes quant à la viabilité de la stratégie de réplication de l'approche pilote PRISM+. Il n'a pas été négocié de convention en ce qui concerne la supervision, en dehors des SBC.

La seconde enquête conduite en année 3 ne reflète que la situation des centres fonctionnant bien et destinés à intégrer tous les services (PRISM +). La nécessité d'une enquête à ce niveau est douteuse, car l'information nécessaire aurait pu être disponible si le projet accompagnait régulièrement les DPS et l'IRS dans la supervision et la gestion des données de routine.

Au niveau de l'USAID, une seconde enquête rapide a été financée en 2001 et l'EDS conduite en 1999 a bénéficié de la participation de PRISM.

Des enquêtes ont été conduites pratiquement tous les ans:

- Enquête rapide début 1998 (PRISM),
- Analyse de la situation en santé reproductive fin 1999 (USAID/Population Council/BASICS),
- EDS en 1999 (USAID/ FNUAP),
- Enquête rapide pour les futurs centres PRISM+ en 2000 (PRISM),
- Enquête sur les structures de santé en 2001 (USAID/MEASURE).

Beaucoup de ressources sont consommées pour quantifier les problèmes, ressources et progrès du système et du projet, par le biais d'enquêtes et au détriment du développement du système d'information de routine du MSP. Il a peu de références à la littérature existante dans les rapports d'enquête (dans l'enquête rapide 1998, une revue de la littérature est mentionnée mais la liste des documents n'est pas fournie).

La faible capacité d'absorption du MSP ne plaide pas en faveur d'évaluations rapprochées puisque les changements ne peuvent se faire qu'à un rythme modéré. Ceci souligne également l'intérêt d'une meilleure exploitation des travaux de recherche disponibles (y compris l'utilisation à des fins régionales des bases de données nationales), puisque les résultats restent approximativement valides pendant quelques années.

Recommandations spécifiques:

PRISM et l'USAID devraient collaborer pour définir un nombre restreint d'indicateurs de suivi du projet et limiter la fréquence des enquêtes (tous les 2 ans). Entre les enquêtes, la collecte des données devrait impliquer le MSP localement de façon routinière, pour un nombre restreint d'indicateurs à négocier avec le MSP et dans les zones cibles de PRISM.

Les bases de données des enquêtes nationales devraient être utilisées par le projet pour une analyse secondaire au niveau régional afin d'éviter la répétition des collectes.

Le financement des structures régionales du MSP ne permet pas de réaliser de nombreuses enquêtes et le transfert de ce type de compétences sera difficile à pérenniser. La participation du MSP aux enquêtes facilite le consensus quant aux priorités. Cependant, une revue de la littérature agrémentée de discussions avec intervenants et une enquête appropriée tous les 2 ans seraient amplement suffisant. De plus, cette approche refléterait une plus grande prise en compte de l'expérience acquise par les partenaires de PRISM et de la politique du MSP axée sur la "consolidation des acquis". Le dialogue entre PRISM et ses partenaires sera ainsi facilité.

### **Améliorer la distribution et élargir la gamme des produits PF disponibles**

#### L'appui au niveau central

Points forts:

Un logiciel a été introduit à PCG pour permettre de recenser les fournisseurs (développé par l'Association des Centrales d'Achat de ME). L'installation est pratiquement complète et le personnel reste à former. Le besoin de renforcer les capacités de PCG en matière de sélection des fournisseurs est unanimement documenté par les missions d'experts successives.

L'harmonisation des outils de gestion est en cours. Les outils choisis avec la participation de nombreux acteurs du secteur santé doivent maintenant être validés par le MSP (atelier à Dabola 07/1999). Ils permettront la gestion informatisée des ME au niveau central et régional

Le guide de gestion des ME pour les CS, préparé avec l'appui de l'OMS en 1995 a été révisé et approuvé par le MSP en novembre 2000, avec l'appui de PRISM. L'IMAT a été inséré dans le manuel.

Les interviews avec le MSP et les autres intervenants révèlent que l'expertise de MSH dans le domaine de la gestion des ME est reconnue.

Points faibles:

Sur le plan de l'informatisation le suivi de l'AT à court et long terme fait défaut. En effet, le consultant MSH chargé d'identifier un logiciel approprié pour la PCG a quitté son poste à MSH. Le responsable de la maintenance informatique de PRISM, qui devait estimer les besoins en matière de révision du parc informatique de PCG a aussi quitté le projet. L'AT actuellement disponible à PCG est bien informé de la situation tant au centre qu'en périphérie mais ses activités sont ralenties en l'absence de progrès au niveau informatique.

Les efforts de l'AT pour collaborer avec la cellule PEV centrale semblent mal accueillis : invitation à l'atelier d'harmonisation des outils de gestion déclinée, invitation à superviser les dépôts périphériques ME avec une prise en charge de PRISM déclinées. Ceci reflète probablement le conflit d'intérêts entre PCG et la cellule ME. Cette dernière, destinée à disparaître, n'a pu obtenir un soutien de PRISM en matière de prise en charge des frais récurrents

La réforme du système d'approvisionnement, initiée en 1989 est très lente, du fait de multiples contraintes qui ne répondent pas toujours à des solutions techniques. PCG a déjà bénéficié d'une assistance technique prolongée financée par la Banque Africaine de Développement lors de sa création. Un appui technique supplémentaire, fourni en 1997-98 sur le même financement, a permis d'en redresser la gestion mais les acquis ne sont que partiellement assimilés.

Selon les experts, " la PCG aurait été créé sans y croire". La faible performance de PCG est un argument avancé contre l'intégration de la cellule ME. L'intégration de l'approvisionnement en ME aux activités de PCG, prévue en 1999 ne s'est pas encore réalisée. PRISM avait prévu une AT court terme pour planifier cette intégration. Pratiquement aucune des recommandations formulées dans la rapport AEDES n'a été suivie: le conseil consultatif des usagers ne s'est toujours pas réuni, le statut injustifié de la direction commerciale au sein de l'entreprise perdure etc. .. (AEDES 1999). On peut donc s'interroger sur les possibilités d'amélioration de la disponibilité en ME à court terme par le biais d'une assistance technique quantitativement limitée, quelle qu'en soit la qualité.

Les retards en ce qui concerne les progrès attendus en matière d'approvisionnement/gestion des ME au niveau central compromettent les efforts pour améliorer la gestion et la logistique en périphérie. L'amélioration de l'accès aux services de qualité attendue au vu de la qualité des curricula de formation est limitée.

PRISM et le projet sida2 se sont entendus pour ce qui concerne la dotation initiale en ME destinés à traiter les IST. Des retards sont constatés dans la livraison des produits (une

molécule serait déficiente et à remplacer). Sur le terrain, les agents formés pour la prise en charge des IST ne disposent pas des molécules adéquates.

L'introduction de l'IMAT est très appréciée par le niveau intermédiaire, aussi le CTRS de Kankan a-t-il suggéré au CTC de remplacer le calcul de disponibilité bisannuel du monitoring par l'IMAT. Aucune suite n'a été donnée. L'IMAT (étude sur 100 jours) aurait dû être adapté à la périodicité des monitorages (6 mois), pour faciliter son intégration au manuel de monitoring.

Les difficultés rencontrées par PRISM pour améliorer l'accès aux ME par un appui au niveau central sont détaillées en annexe 23.

#### Recommandations:

L'approvisionnement en médicaments à prix abordable, la tarification des services et la participation communautaire sont les trois piliers à renforcer pour maintenir les acquis de l'Initiative de Bamako. Certains choix se posent pour le projet PRISM, l'USAID et le MSP dans la mesure où les ressources sont limitées:

Une option est le développement lent mais pérenne à long terme du système de santé: renforcement du système d'approvisionnement en ME et mise à jour de la politique de financement (estimation du coût du paquet de services, révision de la tarification et des mécanismes de participation communautaire au niveau des CS et de la PCG). Ceci ne garantit pas des conditions optimales immédiates au niveau des prestataires formés par PRISM. Une assistance technique à court terme pour renforcer les capacités du MSP à négocier des réformes permettrait peut-être d'accélérer les changements nécessaires. L'absence de volonté pour améliorer le fonctionnement de PCG semble avoir découragé les bailleurs de fonds et à ce jour PRISM est le seul intervenant impliqué.

L'alternative vise à améliorer l'impact et la pérennité à court terme des acquis liés aux formations, en assurant de façon temporaire et sélective l'approvisionnement en produits pour les régions cibles. La mise en œuvre de cette option est délicate mais devient négociable au vu des difficultés rencontrées localement et des lenteurs dans les réformes attendues. Elle peut aussi impliquer de réduire la gamme des services à améliorer afin de limiter l'appui à quelques ME cibles. A court terme, il est aussi difficile d'espérer des changements majeurs dans la tarification. L'accent devrait donc être mis sur le développement d'un guide pour l'application de l'actuelle tarification nationale, qui soit compatible avec le recouvrement des coûts, et l'amélioration de la transparence par le développement de nouveaux mécanismes de participation communautaire. Ces points seront développés au niveau de l'appui à la gestion.

#### **Appui au niveau périphérique**

L'impact du projet sur la disponibilité en contraceptifs au niveau des structures sanitaires est difficilement analysable en raison de l'utilisation d'indicateurs différents lors des enquêtes, de l'afflux de réfugiés dans la zone du projet, de la dégradation de la situation financière des centres de santé depuis l'achat des ME à prix coûtant, et de la disparition

du système d'approvisionnement groupe au niveau des DPS. Les données disponibles suggèrent une diminution de la disponibilité en contraceptifs mais il n'existe pas de région témoin pour apprécier la situation en l'absence de l'appui de PRISM et dans des conditions générales similaires pour les structures sanitaires.

La disponibilité des contraceptifs au niveau des structures sanitaires compétentes en planification familiale pour la période 1998-2000 est relativement bonne (par rapport aux autres produits). En Haute Guinée et Guinée Forestière 75% des 157 structures enquêtées n'ont pas été en rupture de contraceptifs injectables, pilules et préservatifs lors des 6 mois précédant l'enquête des structures de santé (février 2001). Ces produits étaient disponibles dans 85% des cas au moment de l'enquête.

La seule comparaison possible entre 1998 et 2001 concerne la disponibilité de tous les contraceptifs, y compris IUD et spermicides, calculée à partir de l'analyse de la situation en santé reproductive (1998) et l'enquête des structures de santé 2001. Le pourcentage de structures avec une rupture de stock lors des 6 derniers mois est passé de 66.1 % à 93 % dans les régions cibles. Les ruptures de stock concernent surtout les DIU en 2001 (92 % des structures ont été en rupture de DIU), mais les données ne sont pas disponibles pour apprécier l'impact de ce produit sur les variations de l'indicateur global de disponibilité en contraceptifs entre 1998 et 2001. La détérioration de la situation financière des CS et la recrudescence de populations migrantes sont susceptibles de compromettre l'utilisation par les CS de méthodes relativement sophistiquées et durables telles que le DIU, mais ceci n'a pas été mesuré.

Aucun des personnels de santé interviewés ne s'est plaint de ruptures de stock en contraceptifs au niveau régional. La non-disponibilité des contraceptifs injectables a été signalées par une seule des cliente interviewées.

Points forts:

- PRISM appuie régulièrement la cellule ME de Kankan en ce qui concerne les inventaires et y pratique l'IMAT, parfois en compagnie du personnel de l'IRS.
- Les formations en gestion d'équipe et de ME ne reçoivent que des commentaires positifs de la part des bénéficiaires

Points faibles:

Au niveau de Kankan, l'informatisation du dépôt de la cellule ME et de PCG n'ont pas été effectuées, à juste titre au niveau du dépôt de la cellule ME (absence d'électricité). L'utilisation de l'ordinateur de l'IRS est problématique pour un enregistrement immédiat des transactions. La gestion manuelle recommandées par l'AT à court terme de PRISM est justifiée (PRISM/A. Williams, 1999).

Les visites de terrain montrent une faible utilisation spontanée de l'IMAT, tant au niveau des dépôts PCG et des cellules ME régionales que des centres de santé. Au niveau des CS

visites, l'auto-évaluation par IMAT ne s'est faite qu'une à deux fois en 2000. PRISM reçoit les résultats de l'IMAT lorsque les structures le pratiquent et le communiquent. L'outil est considéré comme un support pour l'auto-évaluation. Aussi, les résultats d'IMAT disponibles à PRISM n'ont pas été utilisés pour cette évaluation (biais de sélection probable). Au niveau du bureau PRISM de Kankan, il n'y avait pas de données sur la disponibilité des médicaments au niveau des CS (même celles du monitoring) pour apprécier l'efficacité de l'outil. Les données du monitoring auraient été transmises au bureau de Conakry pour analyse.

Au niveau des centres de santé et hôpitaux préfectoraux visités, les seuls IMAT pratiqués coïncident avec les visites de PRISM et les résultats étaient rarement disponibles dans les structures. Les DPS et IRS ne sont pas associés à ces visites (ce qui n'est pas le cas au niveau du dépôt régional de la cellule ME). Ceci ne reflète probablement pas la situation qui prévalait en Guinée Forestière. En effet, l'IMAT était utilisé en 2000 par certains DPS pour la sélection des agents à former en priorité.

Les centres de santé vont chercher les ME par leur propres moyens, voire en utilisant les motos du PEV pour des distances de plus de 150 Km Il n'y a pas (ou très peu) d'approvisionnement groupé par préfecture.

Une description des constats sur le terrain est présentée en annexe X.

Recommandations:

L'appui de PRISM à la gestion des ME au niveau des CS ne doit pas se limiter à l'introduction d'outils supplémentaires tels que l'IMAT (qui alourdit la charge de travail alors que la mesure de la disponibilité est déjà requise pour les monitorages). Le projet devrait accepter de négocier une forme d'IMAT adaptée à la périodicité des monitorages. Le projet devrait organiser une réunion de réflexion et de motivation avec les DPS pour améliorer l'efficacité du transport des médicaments, avec à la clé un engagement réciproque et chiffré des trois parties.

### **Assurer la disponibilité dans les CS de l'équipement clinique de base**

Les dotations en équipement au niveau de Kankan ont été prises en charge par PRISM et par ses partenaires. Il n'a pas été observé de duplication.

Les dotations concernant la prise en charge des IST sur Kankan ne semblent pas très bien gérées. En effet, un inventaire est en cours alors qu'une commande aurait déjà été effectuée. Pour la région forestière, un inventaire non daté nous a été remis.

Dans la région de Faranah, les centres formés pour la prise en charge des IST n'avaient pas d'équipements (gants, spéculum etc.). Dans deux centres, les tensiomètres n'étaient pas fonctionnels. Les tables d'accouchements sont en mauvais état, elles servent parfois pour tous les soins (PF, STI accouchements). Dans un centre, les gants sont achetés au marché parallèle.

Les listes équipements utilisées en forêt ne correspondent pas au support de l'inventaire fournis à Kankan. Les premières sont plus complètes et fonctionnelles que les secondes. La liste fournie à Kankan semble encore en cours d'élaboration, mais l'utilité de recréer un nouvel outil n'est pas évidente ainsi que la participation du MSP à ces activités.

Recommandations:

- Améliorer la coordination avec les partenaires en ce qui concerne la planification des formations et des commandes d'équipement et de ME pour que ces derniers soient délivrés sans délais après les formations. Renforcer le système d'information de routine en ce qui concerne les équipements.
- Compte tenu des délais prévisibles avant l'amélioration de la situation financière des centres de santé, s'assurer que le réapprovisionnement après les dotations incluent les médicaments IST (envisager une obligation morale via un contrat avec l'agent des CS avant la délivrance des dotations).
- Prévoir une dotation en équipement suffisante pour la durée du projet, en fonction de la durée de vie moyenne des petits appareils (tant que la tarification et les prix des ME ne sont pas ajustés).

### **Définir le Paquet Minimum de Services intégrés (PMS) et Introduire et disséminer le PMS (1.5.)**

Points forts:

Une assistance technique à court terme a été fournie par PRISM pour la définition du paquet de services. Cette effort a permis à PRISM d'identifier des interventions en accord avec le MSP. Ainsi, le travail au niveau des régions a été facilité.

Points faibles:

L'approche pour la définition du premier brouillon de paquet semble avoir exclu les autres partenaires du MOH (bailleur de fonds et ONGs), comme l'indiquent la liste des personnes rencontrées dans le rapport de mission correspondant et l'attitude septique de certains partenaires . Selon PRISM, les partenaires auraient ensuite été conviés a des réunions de restitution et de validation. Mais les interviews montrent que des réticences persistent tant au niveau du MSP qu'au niveau des partenaires.

L'approche est purement médicale alors que la définition du paquet de services requiert une interaction entre économistes et soignants, afin de sélectionner des prestations coût/efficacité qui peuvent être financées durablement. L'opportunité de définir clairement les objectifs à long terme du système de santé, les règles de financement (allocation des ressources et des contribution) n'a pas été saisie.

L'approbation par le cabinet n'est toujours pas obtenue, selon les autorités compétentes du MSP (conseiller du Ministre de la santé en politique, Secrétaire Général du MSP et Chargé de Planification au SSEI). Le document aurait vaguement été discuté lors des réunions préfectorales à titre de diffusion en périphérie (selon les interviews dans les régions). Ces discussions étaient dans le cadre de l'élaboration du plan national de développement sanitaire qui n'est pas centré sur le PMS. Le document n'a pas été présenté une seule fois à l'équipe lors des visites de terrain, ce qui contraste avec l'enthousiasme pour le document des normes et procédures en santé de la reproduction. En effet, le MSP semble réticent à s'engager pour la provision d'un paquet minimum de services dont les coûts sont mal connus. Si cette étude des coûts avait été faite, un paquet idéal aurait été défini et son niveau de financement estimé. Le choix des services à appuyer/développer en priorité deviendrait nécessaire et cette décision aurait pu être partagée entre le centre et les niveaux intermédiaires, en fonction des besoins et ressources locales, dans le cadre de la décentralisation.

Les normes et procédures en santé de la reproduction ont été approuvées en 1997 et largement diffusées au niveau périphérique. Le document était disponible dans les structures visitées et très apprécié par les agents.

Les procédures de référence restent indéterminées, pour PRISM ceci est du au retard dans le développement du paquet de services.

Recommandations:

Une approche en ligne avec la décentralisation serait de considérer la disponibilité du paquet de services comme un objectif à long terme si son coût excède les ressources disponibles. Il appartiendrait alors aux CS, DPS et régions de sélectionner les priorités en fonction des besoins et ressources locales, selon des procédures standardisées et monitorées. Dans l'immédiat, le projet devrait documenter les coûts de ses interventions et les coûts des services pour appuyer la politique nationale.

Le document des normes et procédures est un outil pédagogique précieux. Malheureusement, il ne semble pas exister d'estimation du coût des services sélectionnés pour en assurer la mise en œuvre de façon pérenne.

Dans l'attente de l'approbation du paquet de services, le projet aurait pu sélectionner les indications de référence entre les CS et l'hôpital préfectoral pour les cas où un changement est peu probable. Un document intitulé "provisoire" aurait pu être utilisé pour la formation (avec l'approbation du MSP via les IRS). Pour les cas susceptibles d'être traités à des niveaux différents de ceux prévus dans le système actuel, la décision pouvait être temporairement laissée aux agents des centres.

### **Compléter l'intégration des CS en PF et prévention des IST/SIDA**

PRISM a intégré 64 nouveaux centres conformément à ses objectifs tout en formant 39 nouveaux agents venus remplacer le personnel déjà formé et muté. L'effet de l'intégration des centres sur la couverture effective en PF entre 1997 et 2000 est cependant peu visible

sur Kankan selon les données du monitoring. Les CAP calculées par PRISM indiquent une augmentation de 50% entre 1998 et 2000.

Recommandation:

Améliorer le suivi des agents formes par une supervision régulière (et intégrée), en accompagnant régulièrement les DPS.

### **Renforcer la capacité de gestion des districts**

Points forts:

Les curricula et sessions de formation en gestion d'équipe sont fortement appréciés tant au niveau national que local. Les interviews reportent quelques changements de comportements au niveau de certains responsables. Par exemple, le partage de la présidence lors des réunions du personnel, la réduction des conflits reportés à la DPS, un directeur d'hôpital vante les bienfaits du dialogue et du travail d'équipe à la radio rurale, tous les agents sont initialement conviés à participer aux discussions lors de notre passage etc. Au niveau de certaines préfectures, il existe même une demande pour que la formation soit appliquée au niveau central.

L'impact au niveau des centres de santé reste à confirmer. Dans un centre de santé, le cahier de supervision interne montre 4 supervisions par le chef de centre en 2000. Dans un autre centre, la fréquence des supervisions internes est la même depuis 1996. Finalement, dans le dernier centre où la question a été posée, il n'y a pas de trace écrite des supervisions internes.

Points faibles:

Appui à la supervision: Au niveau des DPS, la supervision semble se raréfier avec au mieux une visite par trimestre dans les centres visités de la région de Kankan. Il n'a pas été possible d'examiner les budgets et dépenses des DPS. Un financement du carburant pour la supervision serait fourni par l'UNICEF et/ou l'UE mais ne serait pas toujours utilisé à cet effet (MSP/coordination Nationale cellule PEV/SSP/ME 1999).

L'approche de PRISM ne semble pas refléter l'esprit d'équipe. En effet, selon les DPS et les CS et durant la période évaluée, la plupart des visites de terrain menées par le projet n'impliquaient ni la DPS ni l'IRS. Dans deux DPS, le feed-back de PRISM à la DPS à propos des supervisions effectuées par PRISM ne se ferait que par lettre. Dans toutes les DPS visitées, les relations avec PRISM sont limitées voire difficiles (perceptions de substitution, "ils font les choses à notre place ou à notre insu"). Au niveau de PRISM, les perceptions diffèrent. Ceci suggère un problème de communication et de "savoir être", sans doute attisé par l'écart entre les ressources disponibles dans le projet et celles disponibles dans les structures du MSP.

Certains indicateurs du projet, tel que le nombre de structures recevant une retro-information de leur superviseurs sont difficilement mesurables. L'estimation de cet

indicateur à ce niveau du projet PRISM n'a pas été clarifiée. Il semble que la mesure soit limitée à la retro-information pour les rapports SNIS. Au niveau du programme SBC, l'indicateur de retro-information vers les agents communautaires est la tenue de réunions mensuelles pour le chargé des SBC du centre. L'indicateur de retro-information vers les chargés de SBC des CS est la présence du superviseur SBC de la DPS à une réunion mensuelle, comme reportée à PRISM dans les rapports mensuels.

Dans les centres visités, les commentaires des DPS sont notés comme auparavant dans le RUMER. Au niveau des CS, il n'a pas été trouvé de commentaires écrit par PRISM lors de ses supervisions. Aussi, il n'existe pas de moyen pour l'agent de se souvenir des conseils reçus et les DPS ne savent pas ce qui a été dit aux agents.

#### Recommandations:

Un effort dans le domaine de la collaboration avec les structures régionales et préfectorales du MSP permettrait de partager les coûts de transports pour la supervision, d'assurer le suivi et la pérennité des compétences acquises lors des formations et de restaurer la crédibilité de PRISM en tant que membre d'une équipe.

Il sera difficile au projet d'appuyer la planification et la gestion au niveau des DPS dans le but de pérenniser la supervision si un climat de travail en équipe et de transparence n'est pas développé. La disponibilité du personnel de PRISM pour ces activités devra être augmentée, en relation avec une réduction des enquêtes et du nombre d'indicateurs requis pour le suivi du projet. Dans cette optique, on ne peut que recommander que les bureaux de PRISM soient placés en majorité dans les locaux du MSP, voire une délocalisation de certains coordinateurs dans les préfectures périphériques.

L'achat d'équipement radio fonctionnant sur batteries (ou panneaux solaires) pour assurer le lien entre les centres de santé, les DPS et l'hôpital préfectoral permettrait d'améliorer la coordination et l'efficacité dans les domaines suivants: approvisionnement et gestion des ME, référence, prise en charge des épidémies, organisation de supervisions jointes et planification des activités. L'équipement radio des centres de santé a fait ses preuves dans de nombreux projets en Guinée (AFVP, GTZ etc.), c'est actuellement le support de communication entre le MSP et les IRS/DPS. Les radios sont aussi un instrument de motivation et un support possible pour la formation (ex: mise à jour des messages IEC, 10 mn par jour de rappels sur un sujet de formation etc.). Si PRISM intègre les bureaux de l'IRS dans la région de Kankan (même partiellement si les locaux sont insuffisants) et se retire de la gestion des ME au niveau central, des ressources seraient libérées pour effectuer cet équipement. L'équipement solaire fourni de plus un éclairage pour les accouchements et autres urgences nocturnes.

Le développement d'un manuel de gestion est retardé à l'an 4. Compte tenu des difficultés rencontrées en matière de tarification, de disponibilités financières pour l'achat des ME, et de gestion financière (certains centres ont des comptes bancaires négatifs, la plupart des COGES ne sont plus fonctionnels), il semble raisonnable de considérer cette activité dans le cadre d'un projet pilote incluant une nouvelle approche pour la participation

communautaire (voir ci dessous 5.1.10). On peut dans un premier temps documenter de façon utilisable au niveau national les options pour la gestion des CS (scenarii sur la tarification, le coûts des ME etc.).

### **Renforcer la capacité institutionnelle des CS pour accéder au niveau de PPSPF**

Les centres PPSPF visités par la mission (4) ne satisfont pas tous les critères. Le plus souvent ceci est du à un retard dans la livraison des équipements ou des ME pour les IST et aux faiblesses systémiques. Le taux d'adhésion aux normes et procédures de traitement des IST est de 38% dans les centres PPSPF. Ceci reflète en partie certaines faiblesses dans le processus d'appui aux centres de santé mais également des problèmes systémiques que le projet ne peut que partiellement ou temporairement résoudre (motivation, approvisionnement en ME, financement).

Recommandations:

Les difficultés et retards dans la mise en place des PPSPF avec l'appui de PRISM soulèvent des doutes quant a la réplification ultérieure des PPSPF par les DPS seuls. Les recommandations seront discutées plus en détail au paragraphe 9.1.

L'approche COPE est un atout supplémentaire car l'instrument incite à une auto-évaluation. L'instrument devrait cependant être revu en tenant compte des réalités locales car il contient un questionnaire destiné à être complété par le personnel de santé auprès des clients. De nombreux documents du MSP rapportent l'existence d'une surtarification et une faible motivation du personnel. Les centres de santé sont le plus souvent en situation de monopole. Ceci n'incite pas les clients à partager leur opinion sur les services, en face à face avec les seuls soignants disponibles.

Il serait souhaitable de considérer des mécanismes positifs et négatifs de motivation du personnel au niveau local. Par exemple, les perceptions des clients pourraient peut-être être recueillies par les représentants communautaires. Ceci peut être étudié de manière pilote dans le cadre de l'appui aux COGES.

### **Elargir les SBC**

Points forts:

La stratégie SBC de PRISM est reconnue au niveau national et il existe une demande au niveau du MSP pour répliquer le modèle.

Le processus et les nouveaux critères de sélection des agents communautaires sont appréciés à tous les niveaux. De plus, les agents ont la possibilité de confier les préservatifs, les spermicides et le SRO à une personne du sexe opposé qui les revendra sous la responsabilité de l'agent. Les deux agents visités employaient cette approche. La sélection des AC respecte le contexte socioculturel. Elle est prometteuse en terme de pérennité (support communautaire) et semble justifier les délais observés dans la formation des AC.

Le transfert de la supervision aux agents des centres de santé et aux superviseurs de la DPS permet un suivi plus rapproché et une meilleure motivation des agents communautaires.

Le système de monitoring de leurs activités développé au niveau de PRISM est performant. Il permet de connaître les activités et les revenus moyens des agents par centre et par préfecture, y compris les références. Le taux moyen de rapports reçus est de 96% pour la région de Kankan entre juin et décembre 2000 (PRISM/Dr Keita Noumoudou/février 2001). Il est plus faible en forêt. Ceci est probablement en relation avec l'afflux de réfugiés et les problèmes de sécurité nationale.

Les réunions mensuelles des AC sont tenues dans les centres SBC visités. Les réunions sont maintenant tenues aux villages des AC, à tour de rôle ce qui améliore la motivation des agents. Les agents visités étaient apparemment très motivés mais la dotation des vélos était récente.

Il existe une forte demande au niveau communautaire pour le SRO. Les agents effectuent 3 à 4 séances d'IEC chaque mois.

Points faibles:

La participation communautaire au niveau des villages ne semble pas encore organisée pour motiver l'agent de façon pérenne. Les revenus moyens mensuels sont actuellement entre 1000 et 2000 FG, les activités d'IEC (3 à 4 par mois et par AC) ne sont pas génératrices de revenus et la motivation initiale, liée à la dotation en vélos, risque de s'estomper avec le temps. La motivation liée au prestige n'est peut-être pas suffisante à long terme. Il faudra aussi monitorer de façon rapprochée le transfert des activités de supervision sur les budgets locaux, voire appuyer la gestion au niveau CS/DPS au moins en ce qui concerne cet aspect.

Le système de suivi au niveau du projet ne permet pas de calculer l'amélioration de l'accès en termes de population vivant dans les villages visités par l'AC. Ces données sont disponibles dans certaines Préfectures et centres de santé. La disponibilité des produits au niveau des AC n'est pas suivie.

Pour le SRO, l'augmentation des tarifs a conduit à une baisse des ventes de 75% (PRISM/Dr Keita Noumoudou/février 2001). Un des agents interrogé était prêt à acheter 20 sachets mais le centre n'a pu lui en fournir que 10 en raison d'un approvisionnement limité. L'autre AC ne pouvait financer la quantité nécessaire et était en rupture de stock. La demande reste élevée selon les AC même si le prix pratiqué est de 200 FG par sachet. Mais les fonds de roulement sont insuffisants pour couvrir les besoins.

Le bureau local de PRISM suit le développement et les consommations des services SBC avec une implication moindre de l'IRS. Ceci réduit les possibilités de formation sur le tas et génère quelque frustrations au niveau des partenaires. L'assistance technique pour l'informatisation est à Conakry bien qu'une forte demande d'appui technique soit manifeste au niveau des structures régionales du MSP.

Recommandations:

Impliquer les IRS dans le traitement de l'information au plus tôt. Envisager l'informatisation des DPS en commençant par les plus éloignées des IRS.

Monitorer la couverture SBC en termes de population et la disponibilité en ME et contraceptifs par les SBC.

Poursuivre et étendre le programme SBC comme planifié.

Aider les communautés à s'organiser pour motiver l'agent (par exemple cultiver son champ).

Prévoir une dotation en SRO pour ajuster le fond de roulement des agents SBC (voire des CS) et/ou étudier les possibilités de préparer le SRO au niveau communautaire (citron, bicarbonates, sel et sucre sont souvent disponibles dans les communautés).

**Renforcer la participation communautaire en gestion et financement des services de santé**

Les activités à ce niveau ont été retardées. L'appui technique envisagé dans le cadre du projet Equity de MSH n'a pas été mené à terme et les documents relatifs n'ont pu être examinés. Au même titre que l'appui au niveau central pour l'approvisionnement et la gestion des ME, un appui au niveau des politiques de financement et de décentralisation serait nécessaire à la pérennité des interventions.

L'accès financier aux services était déjà réduit avant la répercussion de la hausse des prix des ME, du fait de la surtarification (BASICS/equity study, traduction provisoire en annexe de RFP/SO2 1997). En particulier, le système de référence pour les accouchements était particulièrement compromis par la surtarification au niveau hospitalier. Ces pratiques informelles sont à mettre en relation d'une part avec une faible motivation du personnel et d'autre part avec une faible participation communautaire dans la gestion des centres. Les problèmes persistent à ce jour (MSP/Mitraoui/octobre 2000; PRISM rapport évaluation des comités de gestion).

La tarification actuelle datée de 1992 conduit à la vente de certains médicaments à perte. Dans les centres de santé ruraux, le budget ne permet pas de s'approvisionner de manière optimale car les ruptures de stock du semestre précédent réduisent les recettes disponibles (somme à budgétiser) pour l'exercice suivant. Aussi, les centres ont des difficultés à commander tous les produits pour 8 mois : 6 mois de fonctionnement et 2 mois de réserve. Ils doivent alors effectuer plusieurs voyages par semestre ce qui induit des dépenses supplémentaires. La procédure pour utiliser le fond de réserve, lorsqu'il existe, serait longue. Certains centres n'ont plus de fond de réserve. La part d'érosion imputable aux coûts des médicaments et celle reflétant une mauvaise gestion n'a pas été documentée (ex: Kerouane).

En somme, pour des les agents formés depuis plus de 10 ans à recouvrir les coûts, il apparaît légitime de ne pas respecter les tarifs officiels. Les instructions reçues deviennent contradictoires puisqu'il est parfois impossible d'éviter les ruptures de ME si les tarifs sont respectés et vice versa. En pratique, la surfacturation ne peut être contrôlée que si les objectifs fixés pour les prestataires sont cohérents. Un autre effet pervers est le recours au marché parallèle, soit directement pour revendre des produits soit indirectement lorsque les patients partent avec une ordonnance pour acheter les médicaments sur le marché parallèle.

Tout comme la disponibilité en ME, le problème de la tarification devrait être examiné pour la pérennité des interventions, l'accès et l'équité.

L'introduction de la PCIME est lente et des retards sont prévisibles du fait de l'absence de solution définie pour la tarification. Les directives ne sont pas claires au niveau des agents quant à la facturation de diagnostics multiples. Dans le système actuel de tarification, soit une seule prestation est facturée (à perte si les diagnostics associés sont traités), soit chaque diagnostic entraîne la facturation d'une prestation avec un effet non documenté sur l'accessibilité financière.

#### Recommandations:

Dans l'attente d'une réforme de la gestion des ressources humaines et de la tarification, l'appui de PRISM au niveau régional pourrait être limité à une expérience pilote. Une option à considérer puisque le MSP y semble favorable est la participation des élus (CRD) dans les comités de gestion. Au niveau du Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation (MATD), un nouveau projet serait en cours pour renforcer les capacités des CRD. Une étude conduite en 1996 suggère cette alternative (MSP/GTZ/UNICEF, évaluation de la participation communautaire du programme PEV/SSP/ME, 1996). Les CRD disposent de ressources (taxes par habitant, autres taxes locales) et sont motivés par les votes.

Un modèle mixte pourrait être envisagé afin de conserver les bénéfices de l'ancien système, à savoir un trésorier lettré et solvable et des représentants pour les groupes de clients prioritaires (et peut-être ceux non vus aux urnes).

L'enquête menée par PRISM sur les comités de gestion dresse un bilan chiffré de la situation dans les régions mais n'apporte que peu d'information nouvelle et utile à la recherche de solutions. Une assistance technique à court terme et expérimentée en analyse politique, finance publique et décentralisation serait souhaitable pour négocier les modalités de l'expérience pilote et de la collaboration avec le MATD au niveau central et local. Compte tenu des problèmes de motivation du personnel, l'approche recommandée est fondée sur le model "principal-agent" qui permet une analyse des motivations et sanctions positives et négatives des acteurs (Pratt & Zeckhauser, Harvard Business School, 1985). Les modèles de participation en santé sont complexes dans tous les pays, surtout pour des entités de la taille d'une sous-préfecture ou plus grandes. Ils requièrent une définition claire des objectifs de la participation (souvent multiples, parfois

incompatibles) avant de définir le profil et les modalités de sélection des futurs membres des COGES.

Le directeur Préfectoral des Micro-Réalisations est en théorie partie intégrante de l'équipe de la DPS. Il ne participe à la supervision que dans certaines préfectures de la région de Kankan. Il est chargé de superviser les COGES et devrait être impliqué systématiquement.

Pour que l'expérience pilote soit répliquable, il faudrait choisir des centres de performance variable. Les centres dont la gestion est déficiente n'ont probablement plus de fond de réserve et un fond de roulement insuffisant, il faudra examiner les solutions possibles (recapitalisation par dotations ?), avant d'entreprendre les activités pilotes.

Idéalement, une dérogation serait souhaitable pour étudier l'effet d'une tarification révisée mais respectée sur l'accès aux soins et la gestion du centre (option peu probable). Des comités de gestion réformés sont une option à considérer pour améliorer la gestion et la mobilisation sociale, la qualité des soins (COPE modifié?), la motivation du personnel et le respect des tarifs.

En ce qui concerne la PCIME, il faut prévoir que les agents seront réticents à fournir plusieurs traitements pour un seul acte payé au prix actuel. Le projet, s'il agit toujours dans le domaine de la santé infantile, devrait renforcer les composants individuels de la prise en charge des enfants malades (abandonner le label PCIME). Pour le moyen terme, il faudrait assister le MSP pour établir des règles d'utilisation de la tarification de 1992 en cas de diagnostics multiples, qui soient compatibles avec le recouvrement des coûts et l'accès aux services. Mais ceci n'améliorera probablement pas les résultats attendus de PRISM, au niveau des régions et dans les 18 mois restant.

## **B. RÉSULTAT INTERMÉDIAIRE #2 : AMÉLIORER LA QUALITÉ**

L'évaluation détaillée de la mise en œuvre des activités prévues figure dans le tableau en annexe T.

### **Commentaire général sur IR2**

Les résultats de cette analyse permettent d'évaluer les activités liées à l'IR2 depuis ces 3 dernières années. Le bilan des activités indique qu'à peu près 50% des activités prévues ont été réalisées et 25% sont en cours accusant un retard sur les dates prévues (voir annexes 20 et 26).

Points forts :

Les efforts de PRISM dans le transfert des capacités reposent sur les formations des DPS/IRS et des chefs de CS. Le renforcement de la qualité des services a été effectué par la diffusion des Normes et Procédures en santé de la reproduction dans tous les CS des préfectures de la zone PRISM. A cela s'ajoutent les nombreuses formations du personnel

médical et du MSP. Toutes ces activités ont contribué à renforcer les compétences et à augmenter les connaissances.

Le renforcement des systèmes SIS et SIG dans les régions et au niveau central a permis des rapports mensuels plus réguliers. Bien que le fonctionnement ne soit pas encore parfait cet apport de PRISM a créé un meilleur environnement pour la dissémination des rapports annuels sur la SR.

Points faibles :

Au niveau des prestataires, peu de connaissances ont été retenues après les formations. Les formations reçues par les prestataires leur ont permis d'avoir des notions sur la SR. Mais en raison du niveau faible des participants, ces formations n'ont pas toujours été suffisantes pour permettre l'assimilation de cette masse d'information.

Aux formations, il manque un système de suivi des connaissances acquises. Il est impossible que les personnes formées, qui sont parfois à peine à niveau après la formation, retiennent toutes les informations durant 3 ou 4 ans. Le problème des mutations du personnel formé diminue aussi l'impact des formations.

Une façon de faire le suivi des formations serait de renforcer les supervisions facilitatives, car elle se limite souvent à vérifier les registres et consacre peu de temps à l'aspect clinique, y compris l'IEC. Il manque un système de monitoring concernant l'IEC en PF pour les femmes fréquentant les CS. Les entrevues de terrain ont montré que les femmes qui fréquentaient les CS depuis plusieurs années ne savaient pas qu'elles pouvaient obtenir des méthodes de PF pour espacer les naissances.

Pour que la prise de décision soit basée sur l'information, il faut un bon rapportage des données, un bon monitoring, un personnel compétent dans la collecte des données et un support de la retro-information. Toutefois la retro-information est encore très faible et devrait bénéficier de plus d'attention car c'est un élément critique et essentiel dans la prise de décisions.

Il y a beaucoup de demandes pour les méthodes de contraception et il y a des femmes qui veulent arrêter leur cycle reproductif et qui veulent le faire avec ou sans l'autorisation du mari. Mais il faudrait aussi renforcer la sensibilisation des hommes, car d'après les participantes des groupes focales, ils ne se mettent pas de préservatifs durant les relations.

Il faut s'assurer de la disponibilité d'équipements et consommables pour l'application pratique des connaissances acquises. Les CS n'ont pas tous un minimum de matériel et d'équipement ainsi que des médicaments pour traiter les IST. Sur les 6 CS visités, seul un CS avait des spécula de 3 tailles les autres n'avaient pas de matériel. Des formations sur le traitement des IST ont été faites mais les prestataires n'ont pas de matériel ni de médicaments pour les consultations et sont obligées de référer les patientes à l'hôpital. La démotivation du personnel soignant est aggravée par le manque de matériel.

Les maternités des CS sont démunies d'équipement et de matériel. Dans la majorité des CS, il y a une table gynécologique plus ou moins bancale et rien d'autre. Les femmes voudraient accoucher au CS mais ne peuvent pas, car il n'y a pas d'équipement de base. Les patientes sont donc référées à l'hôpital pour les accouchements bien que l'hôpital soit souvent très loin de chez elles.

### **Coordonner tout le volet qualité clinique de la santé reproductive**

Le choix et l'orientation des coordonnateurs avaient été réalisés dans les trois régions du projet en 1999. Cependant, à cause des événements politiques de réfugiés dans les zones de Faranah et N'Zérékoré, PRISM a subi un déplacement du personnel qui était dans les bureaux de Faranah et N'Zérékoré et qui se trouve maintenant à Kankan. La coordination a été faite par les comités régionaux (voir IR#4).

### **Dissémination des normes & procédures**

Points forts:

- bonne dissémination et utilisation des Normes et Procédures

Points faibles:

- Protocoles de référence et descriptions de tâches non définis
- Retard dans la mise à jour des Normes et Procédures
- Les progrès dans la qualité des services sont faibles

Les Normes et Procédures (N&P) ont été intégrées dans les points de prestation de services.

PRISM a promu la dissémination de ce document dans sa zone d'intervention et a tenu des ateliers de dissémination au niveau préfectoral. Le document a été disséminé dans 170 Centres de Santé. En 2001, 4 autres Centres de Santé ont été ajoutés à la zone PRISM, ce qui faisait un total de 174 CS pour les trois régions et 15 préfectures. Toutefois à cause du retrait de PRISM des régions de Faranah et N'Zérékoré, il n'y a plus que 89 CS dans la zone d'intervention de PRISM. Les prestataires de service ont été orientés à l'utilisation des N&P. Il y a eu des formations à Kankan, Faranah et N'Zérékoré en 1998 et 1999. Le personnel médical et le personnel du MSP ont été formés sur les N&P dans chaque région. Cela a touché les chefs de CS et hôpitaux, DPS, IRS, SSP, DH, DG, chefs de maternité, coordonnateurs IEC et gestion ainsi que les responsables SR pour DED, Save the Children, GTZ, PSR et AGBEF, Africare, et Plan International. Les équipes des DPS et IRS ont formé les prestataires à l'usage du document.

Les normes et procédures ont été développées entre 1995 et 1997 par la Division de la Santé de la Reproduction (DSR) avec l'assistance de JHPIEGO et ont été adoptées par le Ministère de la Santé Publique avec des révisions planifiées tous les 3 ans. Un plan de

dissémination a été élaboré en 1997. Toutefois, la publication du document a été retardée et les activités de dissémination n'ont commencé qu'en novembre 1998.

Les N & P représentent une documentation de base pour le personnel de la santé dans tous les volets de la santé de la reproduction avec description des procédures cliniques, conseils et références. Les ateliers de formation ont permis de constater que le document avait des lacunes et devrait être révisé pour la prochaine publication prévue en décembre 2001. La révision est en cours mais elle n'est pas encore réalisée. Il en est de même pour les protocoles de référence et les descriptions de tâches qui n'ont pas été complétées.

Lors des visites de terrain, les opinions des prestataires formés sur les N&P ont été recueillies. Les réponses ont été très positives. Les chefs de Centres et les agents de santé trouvent que ce document est de grande utilité pratique. Le document était toujours en vue sur les bureaux des chefs des CS. D'autre part, la supervision facilitative pour les IST serait facilitée par la fiche de suivi qui aide à détecter les faiblesses du personnel soignant. D'autres outils de supervision sont en cours d'élaboration pour les autres volets. Le suivi du projet montre que 38% des clients ont reçu des conseils et le traitement IST d'après les normes et procédures dans 19 CS.

La section MSR du document N&P décrit les normes pour la consultation pre- natale pour les soins d'accouchement et pour le suivi postnatal. Lors des visites sur le terrain les prestataires formés sur les N&P ont rapporté que ce document les aidait beaucoup pour les procédures d'examen et de diagnostic de risques pour la MSR, la SMI, et la santé de l'enfant.

Il ne semble pas que tous les agents de santé aient bénéficié d'une formation. Aux CS de Salamani (Kankan) , Kerouané, et á Faranah les agents CPN et PEV n'ont pas eu de formation sur les N&P.

Enfin, les observations faites pour l'Enquête sur les Structures de Santé (ESS Guinée 2001) indiquent que la qualité des services demeure faible et que les prestataires ne sont pas toujours compétents (voir annexe 26).

Le système de référence pour les soins primaires et pour la MSR est décrit dans les normes et procédures. Il y a des instructions pour les cas qui doivent être référés du CS à l'hôpital, et les prestataires le font avec le concours de la famille qui doit s'occuper du transport du malade en taxi. Pour les références de la MSR il n'y a pas de modèle standard. Cela dépend des communautés. Certaines ont adopté la maison d'attente, d'autres le pré-paiement, et d'autres le système de Mutuelle. Les systèmes d'appui aux références urgentes telles que les Mutuelles (un système de coopérative communautaire ou l'argent de la cotisation est utilisé pour le transport des urgences) ne fonctionnent pas partout car ce système est lié au comité de gestion des communautés. Or il y a des communautés qui n'ont pas de comité de gestion comme á Kosankoro. A Dabola, il y a une mutuelle pour les accouchements : les femmes payent 6,000 FG pour le transport et l'accouchement à l'hôpital. Il existe aussi un système de référence fonctionnel au niveau des AC. L'AC est récompensé par une ristourne lorsqu'il a bien référé la cliente au CS.

## **Elaborer un plan de formation pour améliorer la performance des prestataires des services de santé**

Points forts :

La formation de formateurs avancés et qualifiés qui peuvent transmettre leurs connaissances.

Points faibles:

Les grilles et directives de supervision, la révision des curricula de la MSR et PCIME sont en retard et il y a des incertitudes budgétaires pour le financement des formations.

Ces retards sont dus à la recherche d'une approbation nationale.

Un plan de formation de formateurs a été développé et mis à jour dans les régions ciblées, et des critères pour la sélection et l'évaluation des formateurs ont été adoptés par le MSP. PRISM a appuyé la formation de 33 formateurs en IST, 17 formateurs en PF, et 15 en gestion de SR selon les critères nationaux. Toutefois, il avait été prévu de former 45 formateurs. Parmi les formateurs énumérés ci-dessus, certains ont bénéficié de plusieurs formations. Il y a aussi un groupe de 8 formateurs avancés et qualifiés qui peuvent former de nouveaux formateurs.

Des outils de supervision clinique et les lignes directrices vont être réalisés avec le concours de la GTZ, PSR, DED et le MSP, mais cette activité est en retard, car elle attend l'approbation du MSP. Les brouillons examinés suggèrent que l'effort est orienté vers la définition d'une grille applicable systématiquement dans tout le pays. Les projets travaillant dans les régions durant les années 90, ont aussi utilisé des grilles de supervision, mais sans aboutir à un modèle complètement satisfaisant pour tout le pays. Un DPS a rarement le temps de tout vérifier et la taille de son équipe de supervision varie, chaque DPS et chaque centre de santé ont des problèmes particuliers et une liste standard devient plus encombrante qu'utile. Le travail de PRISM devrait être de proposer des modules et indicateurs de supervision pour les différentes activités menées dans les centres (avec au plus une courte liste d'éléments incontournables dans toute supervision, négociée avec le MSP et les régions). Il appartient alors aux DPS de sélectionner les indicateurs pertinents en fonction des faiblesses locales et de les changer à un rythme raisonnable (lorsque des progrès sont visibles ou lorsque d'autres problèmes prioritaires apparaissent). L'appui au MSP dans le cadre du travail sur la supervision devrait être le développement d'un système par lequel le DPS rends compte des activités qu'il a supervisé et des raisons de son choix. Au niveau local, des outils d'appui à la décision et des mécanismes renforçant la transparence, en ce qui concerne le choix des activités à superviser, devraient être développés. Une grille de supervision doit être dynamique et appropriée. Autrement, elle ne devient qu'un papier de plus à remplir.

Le système COPE pour assurer la qualité des services a été intégré dans 2 hôpitaux et 3 CS, et un total de 27 facilitateurs préfectoraux et régionaux ont récemment été formés à l'usage de COPE.

### **Former les prestataires de service**

Formation:

Parmi les 174 CS intégrés en PF/IST/SIDA, 65 CS ont été intégrés ou réintégrés par PRISM. En plus, PRISM a réintégré 7 CS qui n'étaient plus intégrés en raison du manque de personnel qualifié. Une stratégie de formation SMI a été élaborée et adoptée par le MSP. Toutefois, les prestataires de service et les prestataires-clé des hôpitaux n'ont pas encore bénéficié de formations. En plus, le MSP, les partenaires et les bailleurs de fonds n'ont pas encore harmonisé leurs opinions sur la nouvelle approche pour la mise en oeuvre des services PCIME. Ils doivent être introduit dans les préfectures de Mandiana et Dabola pour une étude pilote. Ce retard touche aussi les modules de formations pour la MSR et la PCIME qui sont en suspens jusqu'à l'approbation du MSP. En attendant des activités sur la SMI ont récemment été introduites dans la préfecture de Faranah et dans 15 CS à Kankan.

Points forts:

Les superviseurs cliniques (33) ont été formés dans l'utilisation des outils et protocoles les plus récents pour la supervision de la PF et IST. Le bilan des formations indique qu'à la fin de septembre 2000, PRISM avait formé un total de 1912 personnes sur la SR parmi les cadres du MSP, au niveau des communautés, dans les services de soins, IEC, et systèmes de support. Parmi ces personnes formées, un total de 305 personnes ont été formés en PF et IST prévention dans 171 CS ainsi que 134 agents communautaires (voir PRISM Grant Continuation Application for Project Years 4-5).

Points faibles:

Plusieurs rapports de formation PF/IST/SIDA ont constaté le niveau très bas des participants et leur faible connaissance en technologie contraceptive. A cela s'ajoute la faiblesse des formateurs. Le rapport de formation note que "les exposants ne maîtrisaient pas toujours les réponses aux questions des participants."(Barry 1998 p.6). Par exemple pour la formation, PF/IST/SIDA 1999 à N'Zérékoré, le taux de rétention après le premier essai est de 54% alors que la moyenne devrait être de 85% (Karifa:1999, p.9). Par ailleurs, les CS choisis pour les stages pratiques des formations IST/SIDA ne répondaient pas à un certain standard de qualité, car ils manquaient de ressources et de matériel nécessaires (Barry 1998 p. 8-9). Un autre problème est que le petit matériel donné aux CS après la formation des normes et procédures est souvent accaparé par la personne qui a assisté à la formation. Il faudrait le donner à la DPS pour que ce matériel rentre dans l'inventaire du CS. En plus, il semble qu'il n'y a pas eu de recyclage des personnes formées en 1998-1999 pour PF/IST/SIDA et N&P.

## **Supervision**

Points forts:

La supervision facilitative que les prestataires apprécient.

Points faibles :

Le manque d'harmonisation entre l'équipe du DPS et l'équipe PRISM. Une supervision trop concentrée sur les soins primaires et pas assez sur les conseils donnés aux patientes

PRISM a fourni un budget aux préfectures pour renforcer la supervision des SBC au niveau des DPS/IRS, mais il semble que la supervision des CS ne soit pas toujours harmonisée. Durant les entrevues avec les prestataires des CS, il a été rapporté que certains mois la supervision est faite par l'équipe du DPS sans accompagnement de PRISM et d'autres fois, le coordonnateur de PRISM fait la supervision sans l'équipe du DPS. D'autre part, la supervision se fait surtout en soins de santé primaire pour s'assurer que les coûts et sorties de médicaments sont bien enregistrés. Le superviseur utilise un module de supervision de 9 pages et doit répondre aux questions du module par oui/non. La supervision pratique est très faible.

Lors des visites de terrain il a été rapporté dans 2 des CS visités que la supervision se faisait tous les mois, dans un autre centre une fois tous les deux mois (région de Faranah). Pour les centres de la région de Kankan, la supervision est plus rare. Le problème lié à la supervision semble être la fréquence et la méthode: formative ou facilitative. Les prestataires ont vanté l'avantage de la supervision facilitative bien que rare.

Il semble que les conseils sur la PF et la prévention des IST/SIDA donnés par les prestataires soient très faibles et pas toujours compris par les patientes/clientes. Ce qui indique qu'il y a un manque de suivi des connaissances acquises des prestataires. Les données des entrevues et groupes focaux avec les patientes montrent que sur les 29 femmes qui ont été interrogées, une seule utilisait une méthode de contraception (la pilule). Toutes avaient beaucoup d'enfants (une moyenne de 5 enfants) et voulaient se "reposer" (espacer ou arrêter) d'avoir des enfants. Certaines nous ont dit avoir entendu parler de "pastille" (pilule) et d'injection. La majorité des femmes ne savaient pas qu'elles pouvaient acheter des méthodes contraceptives au CS. Cependant, elles venaient se faire soigner au CS depuis plusieurs années. Il a été de même pour la prévention des IST/SIDA. Les femmes confondent les IST et le SIDA et ne savent pas que les IST augmentent le risque du SIDA. Beaucoup ne connaissaient pas les moyens de transmission. Presque toutes avaient entendu parler du SIDA à la radio. Une d'entre elles a mentionné la maigreur et la diarrhée comme symptômes du SIDA, mais la plupart n'avaient pas une idée claire sur la transmission. La faiblesse des conseils donnés aux patientes est apparente dans le tableau de PF (voir annexe 26) Pour avoir plus de détails sur la méthodologie de terrain et les données collectées sur les participantes, voir les annexes 5, 6 et 7.

## **Renforcer le SIS et le SIG dans les régions et au niveau national**

### Points forts:

Une meilleure collecte de données, et des rapports annuels plus fiables. Un système d'information pour le service SBC qui est adapté aux capacités des agents communautaires.

### Points faibles:

Un manque de retro-information pour la gestion des médicaments, pour les supervisions, pour la collecte de données.

Le rapportage des données s'améliore : 50% des CS fournissent des rapports mensuels après la fin de la période couverte. Il faut aussi noter que les taux de rapportage mensuels des CS pour la PF au niveau des DPS sont aux environs de 100% pendant les 2 ou 3 mois suivant la formation.

Au niveau national, les indicateurs de la SR ont été redéfinis et incorporés et le MSP a élaboré un plan pour corriger les lacunes concernant la collecte des données. Aux niveaux régionaux et central, le personnel a été formé et recyclé en gestion de l'information SR, y compris l'équipe de l'AGBEF. Durant l'année 2000, le MSP a assumé progressivement la responsabilité de la collecte des données et du procédé d'analyse qui était la charge de l'AGBEF auparavant. Au niveau Central (SSEI) on regrette que PRISM ne s'associe pas davantage avec la division de recherche. Ils mentionnent ne pas être toujours informé des activités de recherche de PRISM.

PRISM en collaboration avec le MSP en 1999 a développé un système d'information pour la gestion des SBC (SIG-SBC) qui comprend des fiches de référence, un rapport mensuel, une fiche de stock, et une liste de contrôle pour le réapprovisionnement en contraceptifs oraux, ainsi que des fiches de recettes pour les agents communautaires. Un kit de supervision a aussi été développé pour le volet de services à base communautaire. Ce kit comprend un guide d'utilisation pour les superviseurs SBC sur le système d'information pour la gestion (SIG-SBC) et pour l'exploitation des données SBC, un rapport mensuel, et une grille de supervision des AC.

## **Recommandations pour IR2**

### Former les agents PEV en PF

Etablir un système de suivi des formations tous les 3 mois avec l'équipe du DPS et un coordonnateur de PRISM (suivi théorique et pratique (jeux de rôle ou autre).

Renforcer la supervision facilitative des conseils PF/IST/SIDA avec des jeux de rôle entre le superviseur et l'agent de santé.

Elaborer un système de monitoring facilitatif pour les conseils de PF/IST/SIDA avec la méthode “clientes mystérieuses.”

Les conseils sur la PF et IST/SIDA devraient être fait dans le contexte culturel de l'ethnie, son vocabulaire.

Développer un système de récompenses pour les prestataires de PF ( prime, diplôme, matériel, équipement) basé sur le nombre de nouvelles utilisatrices qui est enregistré chaque mois au-dessus du quota mensuel.

Donner du matériel et équipement aux maternités des CS et a l'agent CPN.

Renforcer la sensibilisation des hommes et femmes sur les IST/ SIDA, il serait bon que tous prestataires sachent donner des conseils sur la prévention des IST/SIDA. Les prestataires qui ont été formés pourraient faire de la retro-information aux autres.

Lors des visites domiciliaires pour les vaccinations, les prestataires devraient aussi faire la sensibilisation de PF.

Il faudrait développer un système de promotion de PF femme à femme avec des utilisatrices qui feraient de la promotion dans les communautés, en plus des agents féminins SBC. Utiliser les femmes qui sont impliquées dans l'arrêt des mutilations génitales.

Il faudrait former les accoucheuses traditionnelles en PF et prévention du SIDA.  
Renforcer la retro-information a tous les niveaux.

Après les formations donner le petit équipement au DPS pour qu'il puisse le mettre sur l'inventaire du CS afin que la personne qui a assisté a la formation ne parte pas avec.

Aider à développer des systèmes d'évacuation pour les urgences, basés sur des coopératives communautaires dans les communautés isolées.

### **C. RÉSULTAT INTERMÉDIAIRE #3 : IEC**

#### **Commentaire général sur IR3**

Bien que tous les aspects de la stratégie IEC de PRISM n'aient pas eu le même niveau de réussite, il y a eu des changements marqués au niveau des connaissances et attitudes, ces changements ne sont pas encore traduits en changements de comportements. L'amélioration des connaissances et attitudes s'est effectuée sur une période d'un peu plus d'un an (août 1999-septembre 2000), après le déroulement de l'Etude démographique et de Santé (EDS), finalisée en juillet 1999. L'étude sur laquelle ces remarques sont basées est l'Évaluation des Activités de Communication pour le Changement des Comportements (ÉACC, brouillon, novembre 2000). L'échantillon de l'ÉACC comprenait 26,8% de femmes et 49,7% d'hommes, provenant de l'échantillon de l'EDS.

Suite aux activités PRISM en ce qui concerne l'amélioration de la demande, on constate les faits suivants:

Sept personnes sur dix ont été touchés par les messages et activités de la campagne de Communication pour le Changement de Comportement (CCC) (personnes 20-40 ans plus exposées)

Les canaux de communication qui ont touché le plus grand nombre de personnes cibles sont le radio-feuilleton (96,6%), les affiches (54,0%) et les matériels publicitaires (100,0%)

La plupart (92,2%) des personnes ayant vu et/ou entendu au moins un support d'IEC ou participé à une activité de mobilisation communautaire sont d'accord avec les messages PF véhiculés par les supports; mais seulement 39,9% d'entre eux ont discuté des messages de PF avec quelqu'un (principalement les amis ou voisins) et 47,3% ont commencé à utiliser la PF;

Les agents communautaires restent peu connus, car seulement 26,6% des enquêtés affirment en avoir entendu parler; parmi ceux-ci, 80% les connaissent; 47,9% les ont consultés dont 42,6% pour des questions de PF;

En matière de taille de la famille, on compte plus de femmes qui ont déclaré ne plus désirer d'enfants à l'enquête de suivi (37,4%) qu'au cours de l'EDS-99 (24,1%). Pour le nombre idéal d'enfants, la proportion de celles qui souhaitaient 6 enfants et plus a baissé de 59,6% à 35,9% entre les deux opérations;

On note une augmentation de la proportion de femmes exposées qui connaissent une méthode contraceptive de 16,7% à l'EDS de 1999 à 85,8% lors de l'enquête de suivi alors que le changement est insignifiant chez les hommes, passant de 83,3% à 84,2%

Par rapport à l'EDS 99, la proportions de femmes (82,1%) et d'hommes (89,3%) qui ont discuté de PF avec des amis, voisins ou au sein des couples s'est élevée.

La proportion de femmes qui approuvent l'utilisation des méthodes contraceptives a augmenté par rapport à l'EDS-99, indépendamment des caractéristiques socio-démographiques considérées (passant de 60 à 70%);

Parmi les personnes qui n'utilisaient pas la contraception lors de l'EDS-99, la prévalence contraceptive est maintenant de 4,5% chez les femmes contre 22,0% chez les hommes; l'ampleur de cette variation est due à l'utilisation accrue du préservatif;

On observe une évolution positive des proportions des personnes ayant l'intention d'utiliser une méthode contraceptive dans le futur, elle passe de 46% à 47% chez les femmes et de 25% à 41% chez les hommes.

Plus important encore, les résultats obtenus dans la zone de projet en termes de Couple-Années de Protection (CAP), sont augmentés par 89% moyen entre 1998 et 2000, selon la lettre datée du 22 février 2000 envoyée par PRISM à USAID, soit 50% pour la HG et 127% pour la GF, avec un total de 17018 CAP pour la zone du projet.

### **Améliorer la coordination des programmes IEC**

#### Appuyer le MSP pour finaliser et diffuser la stratégie nationale IEC

Point fort:

Le personnel de PRISM a effectivement participé au développement de la stratégie nationale d'IEC.

Point faible:

Le processus engagé par les partenaires était trop bureaucraté pour arriver à la délivrance du produit sans délais.

Selon les commentaires dans le document Grant Continuation Application (GCA) for Years 4 and 5, Part 2 (Technical Annexes), l'assistance technique de la part de PRISM a été fournie comme prévu et la stratégie est en train d'être développée. Selon le personnel de PRISM, ce travail a été effectué en collaboration avec les Fonds des Nations Unis pour les Activités en Population (FNUAP), les autres partenaires concernés au niveau national et sous la supervision de la Division Promotion de la Santé. La contribution de PRISM vis-à-vis du développement de la stratégie nationale de l'IEC est remarquable. La nouvelle stratégie est encore sous forme de brouillon et actuellement la Division Promotion de la Santé est en train de la finaliser, avec l'aide du consultant engagé par le FNUAP (déjà impliqué lors des efforts précédents). Elle sera présentée à la Division Promotion de la Santé dans un proche avenir, c'est-à-dire, dans le mois d'avril-mai, 2001. Le personnel du PRISM envisage de présenter cette version finale et de discuter la stratégie de dissémination lors d'un atelier avec les partenaires impliqués. Pour PRISM, il faudra encore 6 mois afin que cette stratégie soit disponible auprès des destinataires.

### **Établir des groupes de travail régionaux en IEC**

Point fort:

Le développement des CRIEC/CPIEC apporte un mécanisme améliorant les conditions de travail et l'efficacité des efforts en IEC dans les zones du projet.

Point faible:

Il y a un manque de support financier et/ou de stratégies pour assurer un tel support, afin de pérenniser les CRIEC/CPIEC.

Sous l'impulsion de PRISM et principalement du premier consultant et coordinateur régional à Kankan, les groupes de travail régionaux en IEC ont été établis sous le nom de Comités régionaux d'IEC (CRIEC). Ils fonctionnent, mais font face à quelques obstacles.

Le CRIEC de Kankan est formé de représentants de la DPS, de la Direction Préfectorale de la Jeunesse, de l'IRS (de la part du gouvernement), de Save the Children, Africare, GTZ, et Plan Guinée (du secteur ONG). Les CRIEC existent à Faranah et à N'Zérékoré aussi (Voir IR#4 Coordination). Selon le représentant d'une ONG avec laquelle la mission s'est entretenue, les groupes sont établis et fonctionnent bien. Selon une entrevue avec une autre personne du comité, cette coordination et le partage d'idées et d'expériences ont abouti à une vision « plus large et plus opérationnelle. »

A Faranah, le CRIEC comprend des représentants du Projet de la Santé Rurale (PSR)/GTZ, de l'Initiative pour la Santé Maternelle et Infantile, l'Initiative pour la Sécurité Alimentaire de Dinguiraye (ISAD), ainsi que représentants de l'IRS et de la DPS. Le lieu des réunions change d'une ville à l'autre (Kissidougou, Dabola, Faranah, et Dinguiraye). Pour des raisons de sécurité, Kissidougou ne participe plus à la rotation, mais les membres de CRIEC de Kissidougou continuent à assister aux réunions. PSR/GTZ a subventionné deux réunions et PRISM deux autres. Le groupe CRIEC de Faranah s'est réuni dernièrement les 19 et 20 novembre 2000 .

Comités préfectoraux d'IEC (CPIEC) étaient aussi formés. Les membres de ces groupes préfectoraux sont : le président, le chargé de formation, le chargé de gestion.

Un des problèmes majeurs pour les CRIEC sera la pérennité financière à la fin du projet PRISM. Les frais pour les réunions des groupes jusqu'ici sont subventionnés par le projet PRISM ou par d'autres ONG. Le représentant d'une ONG a expliqué qu'une réunion qui était programmée tout dernièrement n'a pas eu lieu, du fait de l'absence de décision sur la source de financement. A Faranah, par exemple, le coordinateur PRISM a expliqué que certains projets/bailleurs ne peuvent aider sur l'échelon financier qu'au niveau préfectoral (ISMI, ISAD). Pourtant, au niveau de la planification, l'initiative pour programmer les réunions est généralement prise par les représentants des ONG. Le Projet pour la Santé Génésique (PPSG) a appuyé la participation des membres guinéens dans les groupes.

Les bénéfices déjà observés en ce qui concerne les groupes CRIEC sont : (i) coordination, (ii) complémentarité, (iii) concertation . Pendant les réunions, il y a une discussion entre les membres sur leur actions envisagées, et les discussions mènent à une distribution des tâches et à une amélioration de la qualité des efforts de chaque agence, puisque les partenaires peuvent apporter leur contribution.

#### Élaborer des plans d'action IEC régionaux par le biais de réunions et d'ateliers

La mission a vu un exemplaire d'un des Plans d'Action, (Faranah - année 2000). Chaque plan annuel comprend la liste d'activités, les dates de mise en oeuvre et les acteurs. Les

plans d'action représentent le consensus entre les partenaires, ceci permet donc une mise en œuvre plus efficace, en évitant les duplications d'efforts.

Élaborer un protocole de collaboration avec PSI/OSFAM.

Point fort:

La mise en œuvre des activités des deux partenaires a respecté la continuité.

Point faible:

PRISM a eu une tendance à imposer ses stratégies aux autres partenaires sans être à l'écoute.

Les protocoles de collaboration sont élaborés. Ces protocoles établissent les liens entre les partenaires du secteur public et privé qui travaillent sur l'augmentation de demande, soit PRISM et Population Services International (PSI)/Options Santé Familiale Guinée (OSFAM). Selon le bureau de PSI/OSFAM dans la capitale, la « transition » qui a suivi le développement des protocoles est évaluée favorablement:

- Il n'y a pas eu de rupture ni au niveau de développement des messages ni au niveau de leurs activités. Au contraire, il y avait un esprit de coordination et une continuité des messages. Le bureau régional de PSI/OSFAM à Kankan a expliqué que la liaison et la coordination avec PRISM était effective au niveau du volet IEC, par exemple, dans le développement du partenariat et/ou de la compréhension entre les leaders religieux, musulmans et chrétiens.
- Il y a eu aussi une diversification et une intensification des messages, soit une synergie entre les deux efforts (PRISM-PSI/OSFAM). Travailler ensemble a permis aux deux ONGs d'atteindre une audience plus vaste avec des messages plus précis. Le « marketing générique » de PRISM a permis à PSI de concentrer ses ressources sur les ventes et la distribution plutôt que sur l'IEC. Le « Marketing générique » se rapporte au marketing de produits ou services en *général* (par exemple, préservatifs vs. Prudence Plus) qui peuvent être disponibles dans les réseaux de distribution publics et commerciaux.
- Au niveau des mass média (plus qu'au niveau de la communication interpersonnelle), PSI/OSFAM était satisfait que la coordination entre les deux groupes ne soit pas trop « régionalisée ». Ainsi, les supports d'IEC peuvent aussi être utiles en dehors de la HG et de la GF.
- La synergie visible dans le développement de supports imprimés (dépliants, affiches, etc.) étaient aussi perçue comme un point fort de la liaison.

Mais il y avait aussi le sentiment que PRISM a abordé la relation d'une façon concurrentielle au lieu de coopérative. Au niveau de la gestion, il était suggéré que PRISM développe un esprit de collaboration et de coopération plutôt que de domination.

### **Améliorer l'interaction client-prestataire**

#### Réviser le curriculum de formation IEC des prestataires

Selon le GCA, des modules en CIP/counseling (C) seront développés et intégrés dans les activités de formation pendant le service. Les supports déjà existant ont été reproduits et distribués. Les nouveaux supports seront inspirés des Normes et Procédures. Les sections suivantes des Normes et Procédures sont pertinentes pour l'IEC : Normes et Procédures d'IEC, (5 pages), Règles de Base en IEC, (12 pages), Matériel en IEC (2 pages), Counseling (3 pages). Certaines parties, comme les 5 pages sur les dysfonctions sexuelles ne correspondent pas bien au niveau de connaissances et pratiques des prestataires. Le groupe thématique du MSP est en train de réviser les Normes et Procédures et une section améliorée sur l'IEC est attendue.

Parce que les Normes et Procédures sont en cours de révision, il n'est pas possible de faire une évaluation complète de cette composante IEC. La CIP et le counseling sont des canaux d'information qui peuvent profondément changer le comportement d'un client. Aussi, ces interventions méritent une attention importante dans l'avenir. En particulier, le projet devra profiter des succès au niveau des connaissances et attitudes.

#### Former les prestataires de service en communication interpersonnelle et counseling (CIP/C)

Selon le GCA, 130 prestataires venant de 65 CS intégrés ou réintégrés en PF, 45 prestataires venant de CS déjà intégrés, 18 Volontaires du Corps de la Paix (VCP) (qui formeront des homologues du MSP), 38 prestataires soins IST dans les CS intégrés en soins IST étaient formés en CIP/C. Les curricula en CIP/C utilisés en Guinée sont en train d'être évalués.

#### Évaluer, reproduire et distribuer le matériel IEC existant et

#### Adapter matériel existant/développer du nouveau matériel pour les prestataires et les clients

Point fort:

Les matériels et les activités en IEC ont touché une grande audience. Ceci est du, en partie, à la variété des différentes sortes de médias utilisant différents canaux de communication.

Bien que tous les aspects de la stratégie IEC de PRISM n'aient pas eu le même niveau de réussite, les campagnes d'IEC à travers les différents canaux utilisés ont été développées en s'appuyant sur la complémentarité et la synergie entre les différents médias (au sens

large, y compris la communication inter-personnelle). Les changements des connaissances et attitudes se sont produits sur une période d'un peu plus d'un an (août 1999-septembre 2000) après le déroulement de l'EDS (juillet 1999). Le détail sur ces changements se trouve dans l'Évaluation des Activités de Communication pour le Changement des Comportements (ÉACC, brouillon, novembre 2000). Il y a plusieurs raisons à cette réussite. La première est la préexistence de matériels développés pour la PF et la lutte contre IST/SIDA, par d'autres agences, le MSP, des organisations non-gouvernementales (ONG) telles que PSI/OSFAM, AGBEF, GTZ, Africare, Save the Children, etc. Toutes ces organisations n'étaient pas actives dans chaque zone du projet, mais l'important est que la coordination IEC soutenue par PRISM ait permis d'intégrer les efforts de développement et d'adaptation des supports (CRIEC et les CPIEC).

La mission a reçu les listes de supports distribués et des activités exécutés dans les régions administratives de Kankan, N'Zérékoré et Faranah. Parmi les activités, on note la mobilisation communautaire dans plusieurs villes/villages et dans les sites IST. Elle s'organise autour de concours de musique traditionnelle sur la PF, match de football, réunions communautaires, projections de films PF, animations folkloriques, causeries éducatives au CS, théâtres communautaires, réunions de plaidoyer, soirées dansantes, réunions LRM, conférences dans les écoles et lancement de la campagne homme.

Les formations comprenaient la formation des leaders religieux et de comités de gestion.

Les supports distribués dans les CS, LR, maternités, hôpitaux, locaux des partenaires et autorités, vidéoclubs, DPJ, clubs de jeunes comprenaient : affiches, dépliants, boîtes à images, phallus en bois, tee-shirts, casquettes, sachets plastiques, autocollants, bouilloires, porte-clés, bics, pagnes teints, bacs à papiers, vidéos, sacs en tissus, tableaux contraceptifs et ballons de football/basket/volley.

Les messages propagés par les supports concernaient surtout sur la PF et les IST/SIDA, mais aussi, l'hygiène et la santé infantile.

Les émissions radio à travers la radio rurale couvraient divers aspects de la PF : les hommes et la contraception moderne, la responsabilité des hommes vis-à-vis de la PF, les femmes et la contraception moderne, Islam et SR, utilisation des supports IEC. Ils étaient élaborés dans les différentes langues parlées dans la zone du projet.

Dans les groupes focaux qui ont eu lieu à Kerouané, Kosankoro, Faranah et Dabola parmi les hommes célibataires et mariés, avec et sans enfants, âgés de 18 à 73 ans, la mission a posé deux questions-clés (en malinké ou en français):

1. Décrivez vos sources d'information sur la PF et les IST/SIDA (chaque rubrique traitée séparément),
2. Décrivez les changements dans les connaissances, attitudes, et comportements (traités séparément) vis-à-vis de la PF et les IST/SIDA (traité séparément) pendant les derniers deux ans.

Presque chaque personne dans les groupes a nommé au moins trois sources d'information. Les sources d'information mentionnées comprenaient: les programmes de radio et de télévision, les journaux, les pancartes, les dépliants, les affiches, les discours des Imams, « à l'école », « au collège » (visite d'intervenants qui parlent des IST/SIDA), « au garage » (visite d'agent de santé), des sessions de sensibilisation (« un américain », « un marocain » ?), AGBEF, Corps de la Paix, CS, personnel de CS (mentionnés : médecins, infirmières, agents de santé), causeries.

Les participants ont aussi remarqué qu'il y avait des changements de comportements positifs dans les deux domaines, bien qu'il soit assez difficile de généraliser à partir d'une étude qualitative . Ils avaient l'impression que davantage de leurs amis ont changé d'avis sur la PF et que plus de gens qu'avant favorisent un certain niveau d'espacement. Le raisonnement donné était de maintenir la famille dans des conditions économiques acceptables. Certains ont proposé des raisons purement économiques, tandis qu'autres ont proposé des raisons religieuses/éthiques. Dans le domaine des IST/SIDA, quelques-uns ont dit qu'eux-mêmes ou leurs amis utilisent davantage l'abstinence ou le préservatif, pour prévenir le SIDA, surtout en cas de doute sur les partenaires. Il y avait un consensus sur le fait que, maintenant, chacun est plus conscient de la menace posée par les IST/SIDA. En conclusion, la plupart des changements rapportés sont dus à l'effort soutenu du projet et de ses partenaires.

#### Développer ou adapter, et distribuer/promouvoir l'usage du logo SR

Le représentant IEC de PRISM à Faranah a montré à la mission le logo pour la SR : un dessin représentant une infirmière avec des enfants au premier plan, et des bâtiments au deuxième plan. Développé pour la SBC, ce logo devait annoncer au public la présence d'un centre de santé de « qualité », mais parce que les CS PRISM Plus ne sont pas encore tellement répandus, il est difficile de juger l'efficacité du logo.

La proposition présentée par MSH à l'USAID indique une évolution possible de la signification du logo : de «disponibilité de service» à «service intégré» à «service intégré de haute gamme». Selon PRISM, cette évolution devrait se signaler par des changements subtils dans le dessin du logo au cours du temps. Il est difficile d'imaginer que les perceptions du public changeront automatiquement et en relation avec le type de logo, comme PRISM l'espère.

Il serait peut-être plus efficace de développer un seul logo santé reproductive (SR), au lieu d'une série, pour permettre aux membres de l'audience-cible d'avoir leurs propre vision des services. Trop de changements au niveau du dessin du logo mèneront l'audience-cible à la confusion.

#### Développer un programme de radio pour l'apprentissage à distance (dans SOW technique du projet -- absent dans les plans d'An 1, An 2)

JHU/CCP a envoyé une assistante technique, chargé de développer les programmes. La mission n'a pas vu les détails de ce programme mais avec l'expérience du traitant et les mécanismes de motivations appropriés pour les auditrices, un tel programme pourra faire une contribution positive dans le changement de comportement du côté des prestataires.

Conduire recherche qualitative pour développer indicateurs de qualité/liste de contrôle pour l'initiative de qualité PRISM Plus (FFSDP) (dans SOW technique du projet -- absent dans les plans d'An 1, An 2)

Selon le personnel du PRISM, un consultant du JHU/CCP a suggéré que PRISM utilise le même document que GTZ a utilisé. Selon le coordinateur PRISM en survie de l'enfant, le consultant du JHU/CCP a aussi basé les indicateurs sur le point de vue de la communauté. Le brouillon de ce document était présenté au Comité Technique Régional de Santé mais la mission ne l'a pas vu.

### **Augmenter la demande pour les services de Santé Reproductive**

Faire recherche IEC pour collecter des données de base

Points forts:

La recherche originale sur la PF et la sexualité des adolescents a fourni d'importantes informations qui ont servi comme base pour les campagnes IEC. Autrement, la recherche a servi comme une source d'information pour les autres partenaires.

Le projet a fait conduire deux études, une sur la SR, et une autre sur les adolescents, pour lui permettre de faire les interventions IEC à point. Ces deux études sont : (i) Johns Hopkins University Center for Communication Programs, Management Sciences for Health, PRISM, Novembre, 2000, Guinée : La Sexualité des Adolescents dans les Régions Administratives de Faranah, Kankan et N'Zérékoré ; Résultats d'une Recherche Narrative et (ii) Stat-View Association, Novembre, 1998, Recherche Qualitative sur la Santé de la Reproduction en Haute Guinée et en Guinée Forestière, Rapport final, Modules 1-4, Conakry.

Les deux documents et leurs contenus ont été utilisés par le personnel du projet pour développer les campagnes IEC ciblant les femmes, les hommes et les prestataires. Les résultats de deux études étaient disséminés et partagés avec les autres partenaires dans la zone du projet. L'information recueillie dans ces études n'était pas disponible, elles sont donc pertinentes.

Organiser des campagnes multimédia (hommes)

Élaborer programmes radio pour auditeurs communautaires et personnels de santé

Le projet a utilisé la radio pour atteindre les audiences proches et éloignés. Dans beaucoup d'endroits de la zone du projet, il n'y a pas d'accès à la télévision, seuls sont

disponibles les émetteurs des radios rurales et nationale. La radio peut donc avoir une forte influence, en particulier si l'audience a l'occasion de participer de façon interactive, même à distance. Certains programmes du projet émis à la radio rurale ont créé cette possibilité d'interactivité, elle offre aux auditeurs l'opportunité de réagir aux émissions. Il est utile de suivre les effets des programmes radiodiffusés, car la plupart des hommes interrogés les ont mentionné comme une source d'information sur la PF et les IST/SIDA. Le projet fait des contrôles sur le terrain pour vérifier si leurs audiences écoutent. Lors d'un groupe focal, un des hommes a dit qu'on entend la musique des programmes de radio rurale ou sifflée ou chantée par la population dans les villages.

Les efforts en matière d'émissions par radio comprennent les interventions suivantes. Le volet IEC a développé 10 spots radio en 5 langues qui furent utilisés entre novembre 1999 et mai 2000. Le volet a aussi produit des programmes de radio rurale, incluant des « microprogrammes » (ce sont des programmes plus longs qu'un spot mais plus court qu'une émission normale), des programmes de magazine, entrevues, tables rondes, nouvelles, théâtre, annonces de service public. Ils ont été diffusés entre juillet 1999 et août 2000, en GF, Kissidougou et HG, environ 560 fois (pour le tout), en 3 à 5 langues selon la région. Le volet IEC a également produit une comédie pour la radio, « La vie n'est pas compliquée » en français au niveau de l'émetteur national deux fois par semaine entre février et août 2000. Dix spots liés à « La vie n'est pas compliquée » étaient émis 10 fois chacun. La même comédie a été traduite en trois langues de la région et est présentement diffusée. Il y a aussi 20 programmes nouveaux présentement diffusés : 10 pour leaders religieux, 10 pour les jeunes couples. Ces derniers sont la continuité entre la campagne hommes/leaders religieux et la campagne jeunes.

#### Organiser des événements de mobilisation communautaire

##### Organiser des événements de plaidoyer

Point fort:

Le projet a donné une réponse rapide avec des matériels appropriés dans une situation de crise. Se reporter aussi aux conclusions de ci-dessus (5.3.2.3 et 5.3.2.4) pour l'évaluation.

Les événements de mobilisation communautaire ont été organisés dans 14 des 15 préfectures du projet, autour de CS récemment intégrés. Pendant l'intégration en PF en 1998, les mobilisations ont couvert 30 sites. En 1999 il y avait 30 événements de mobilisation en zone rurale et 15 en zone urbaine, dont le thème était un concours de musique traditionnelle. Pendant l'intégration des soins pour IST en 2000 il y avait 19 sites. L'équipe IEC estime le niveau de participation à 65.000 personnes. Avant la fin de 2000, les activités de plaidoyer atteignaient 450 leaders religieux.

Les réfugiés représentent un cas spécial. Au début du projet, les fonds de PRISM étaient destinés seulement aux populations autochtones, mais l'arrivée des réfugiés dans les préfectures de Gueckedou et Macenta a présenté un nouveau défi pour le projet. Le coordinateur IEC du PRISM en GF a participé tous les mois aux réunions des partenaires

sur le développement de solutions pour le problème des réfugiés. Aux réunions ont participé entre autres, ARC (une organisation pour l'assistance aux réfugiés), CARE International, the United Nations High Commission for Refugees (UNHCR), le Reproductive Health Group (RHG) à la DPS de Guéckedou et la Croix Rouge. Les partenaires ont décidé que la contribution majeure de PRISM serait les supports IEC. L'interlocuteur principal de PRISM dans ces efforts était l'UNHCR. PRISM a donné des supports à RHG, pour distribution dans les camps. En plus, le projet a traduit et produit les affiches en anglais (principalement pour l'hygiène : campagne « Laver les mains ») pour la même organisation. PRISM a assisté dans la traduction des Normes et Procédures en anglais pour le groupe ARC, qui a ensuite disséminé ces documents aux CS et PS provisoires des camps de réfugiés. Les affiches que la mission a vu étaient en version bilingue, français-anglais.

Le projet a aussi fourni des films en anglais pour les présenter aux réfugiés. Les projections de ces films, venus du Zimbabwe, étaient effectuées en collaboration avec la Croix Rouge. Pour la projection, PRISM a fourni l'équipement. L'équipe IEC de PRISM a projeté des films anglophones à un groupe de jeunes dans un camp voisin de N'Zérékoré, ces films concernaient la prévention des maladies et avaient été développés par JHPIEGO. PRISM a organisé les animations suivant les projections. Le groupe a aussi fourni ce camp en affiches.

PRISM a formé des guérisseurs traditionnels, Guinéens et anglophones, pour les trois camps de réfugiés de Katkama, Yayedou et Bolodou.

#### Octroyer de petites sommes aux ONGs/communautés locales pour l'IEC

Pendant la première année du projet, 9 subventions ont été accordées. Pendant la deuxième année, 7 subventions ont été accordées. Selon la GCA, le bilan est à 15, soit 9 pour les ONG et 6 pour VCP. Selon un chef de CS ayant soumis une proposition de projet IEC un mois avant la visite de l'équipe d'évaluation, aucune réponse de PRISM n'était parvenue. Le détail et le montant de ces subventions n'a pu être obtenu par la mission .

#### **Amélioration de la capacité de gestion de l'IEC et des prestations en IEC**

##### Former les gestionnaires des programmes IEC des secteurs public et privé

Selon un coordinateur IEC, le personnel du MSP, les personnes concernés par l'IEC dans les régions et les ONG partenaires (telles que l'AGBEF) se sont réunis à Conakry pour une première orientation sur le logiciel IEC SCOPE. Ils étaient informés qu'il fallait collecter certaines données et les apporter pour la deuxième session, mais la plupart n'ont pas accompli cette tâche, aussi, la formation a été interrompue.

##### Fournir de l'AT à DSR/DP, et aux IRS et DPS pour les activités IEC, via des visites mensuelles, et des réunions trimestrielles de coordination régionales et à Conakry

Certainement le contact est régulier, mais il est difficile d'en estimer l'intensité, la qualité et la pertinence.

### Conclusion générale sur IR3

#### Points forts:

- Connaissances et attitudes vis-à-vis de la SR et des IST/SIDA améliorés, comportements en cours de changement.
- Développement des groupes régionaux entre partenaires en matière d'IEC (Comités Régionaux/Préfectoraux en IEC, CRIEC, CPIEC), avec une collaboration accrue.
- Développement des campagnes IEC de grande envergure au niveau des communautés pour leaders religieux, hommes, femmes, jeunes, etc., avec une communication approfondie.
- Développement d'une stratégie d'approche très pertinente auprès des leaders religieux, avec un changement d'attitudes à long terme.
- Amélioration en CAP en HG et GF, selon les données récentes de PRISM.
- Supports et activités utilisant tous les canaux de communication et de haute qualité avec pour conséquence un contact amélioré et approfondi avec les audience-cibles.
- Bonne intégration et transition entre les activités et supports des intervenants précédents, ceci a accru l'efficacité des efforts IEC.
- Développement des plans d'action IEC au niveau régional pour les CRIEC/CPIEC, ceci améliore la pérennité.

#### Points faibles :

- Manque de coordination pour développer le côté offre en réponse à demande créée par les activités IEC. Ceci peut altérer la confiance des bénéficiaires envers les CS.
- Formation en IEC/CIP/C initiale et pendant le service pas assez intense pour les prestataires des CS.
- Absence de stratégie pour assurer la continuité du financement des supports et activités du projet en IEC. Ceci peut menacer les acquis.

Les recommandations détaillées sur l'IEC sont en annexe AA.

## **D. RÉSULTAT INTERMÉDIAIRE #4: COORDINATION**

Les activités concernant ce résultat intermédiaire sont disparates. Les indicateurs de performance retenus par le projet dans le domaine de l'amélioration de la collaboration sont les suivants:

- Nombre d'activités de PRISM qui incluent d'autres donateurs
- Nombre d'activités de PRISM qui incluent la collaboration du secteur privé
- Nombre de réunions annuelles des donateurs
- Nombre de réunions de coordination régionale tenues
- Nombre d'ONG locales engagées dans les activités de promotion

Une telle présentation permet difficilement de se faire une idée sur la coordination. C'est pourquoi, contrairement aux trois premiers résultats intermédiaires, il ne serait pas pertinent de suivre la liste des activités item par item. La mission a plutôt travaillé en regardant quelles étaient les activités de coordination menées au niveau central et au niveau périphérique, en suivant le plan de travail de PRISM. Pour la présentation de ce rapport, la mission a reclassé les activités de coordination selon les principaux éléments mentionnés dans ses termes de références: Activités incluant d'autres bailleurs de fonds, appui aux niveaux décentralisés du MSP, collaboration avec le secteur privé, collaboration avec d'autres projets financés par l'USAID.

Un indicateur de SO2 peut être relié à ce résultat intermédiaire bien qu'il ne semble pas encore faire partie intégrante des indicateurs de suivi du projet. Il s'agit du niveau de ressources des autres donateurs dans les activités USAID. Cet indicateur est intéressant car il traduit en partie le résultat obtenu dans les efforts d'intégration d'autres partenaires aux activités du projet. Il est plus représentatif du résultat obtenu pour IR4 que le nombre d'activités qui incluent d'autres donateurs, ONG ou secteur privé. Le projet pourrait avoir des activités avec seulement la présence symbolique ou passive d'autres partenaires sans que cela ne reflète un engagement quelconque de ces partenaires dans une collaboration avec PRISM. Bien entendu, pour refléter le résultat attribuable à PRISM, le calcul de cet indicateur devrait être fait par le projet en faisant le total des ressources non financées par l'USAID et dépensés dans les activités du seul projet PRISM.

### **Activités incluant d'autres bailleurs de fonds**

Le premier indicateur de coordination concerne le nombre d'activités de PRISM qui incluent d'autres bailleurs de fonds. Ces activités peuvent être exécutées au niveau national ou au niveau périphérique. Au niveau national, la première activité prévue était l'établissement d'un plan stratégique en collaboration avec les partenaires locaux. La seconde activité importante, également prévue au niveau national, concerne la réunion

annuelle des bailleurs de fonds. Un indicateur de performance est associé à cette activité : le nombre de réunion de bailleurs de fonds qui ont eu lieu avec le MSP.

### **Niveau National**

La coordination avec les autres bailleurs au niveau national ainsi que la coordination avec le MSP au niveau central seront évoquées dans ce paragraphe.

L'établissement d'un Plan stratégique pour l'intégration du plan de travail initial de PRISM avec les autres projets a été fait en avril 98. Cette activité initiale a permis de faire connaître le projet et de bien l'intégrer avec les autres projets et interventions du MSP. Cette première activité de coordination a été très positive et inaugurerait bien de la collaboration étroite entre le projet, le MSP, les autres partenaires et bailleurs. Le projet avait réuni au cours d'un atelier les partenaires et le MSP (niveau central et régional), l'équipe santé USAID, l'AGBEF, etc. pour revoir son plan de travail. Le principal objectif de cet atelier était de s'assurer de la bonne intégration des plans d'action de PRISM et du MSP dans le domaine de la santé reproductive et d'obtenir un support complet et une collaboration avec le MSP au niveau central et régional. Une attention spéciale avait été donnée aux activités qui devaient être mises en œuvre au cours de la première année du projet. Le plan de travail devait être révisé annuellement. Des ateliers de suivi régionaux, prévus pour la fin de l'année 1998 devaient permettre d'avoir une intégration plus complète et de développer la collaboration au niveau des régions, au niveau préfectoral et sous-préfectoral.

Le comité de coordination des bailleurs de fonds (CCBFS) est chargé de partager les informations entre le gouvernement et la communauté des bailleurs de fonds du secteur de la santé. Il doit promouvoir une meilleure participation de ces bailleurs dans le financement du secteur, coordonner, harmoniser, suivre et évaluer les interventions des divers bailleurs et examiner les contraintes qui entravent la bonne marche des projets qu'ils financent. Ce comité se réunit tous les ans, mais il est possible de tenir des réunions ad-hoc. Un compte rendu est préparé par le SSEI et adressé au Ministre et à tous les participants par les soins du Secrétariat Général, 15 jours après la session.

Ce comité de coordination des bailleurs existait avant la création du projet PRISM, et le projet n'a pas eu de rôle particulier dans son déroulement. Selon la directrice de la Santé Publique, l'USAID est l'un des bailleurs de fonds au même titre que les autres, et PRISM ne tient pas de place spécifique dans le déroulement de cette réunion. La lecture des rapports trimestriels et annuels du projet laisse pourtant penser que PRISM joue un rôle important dans ces réunions. L'indicateur choisi par le projet (nombre de réunions annuelles des donateurs) n'a rien à voir avec les actions menées ou impulsées par PRISM et ne peut aucunement permettre de mesurer la performance du projet.

Au niveau central, il n'y a aucune autre activité de coordination prévu dans IR4. Pourtant, selon le MSP, il existe un problème de coordination entre PRISM et le MSP au niveau central. La Directrice Nationale de la Santé Publique trouve que le projet a évolué en parallèle avec sa Direction, plutôt qu'en coordination. Le MSP s'attendait à plus de collaboration au niveau national, surtout avec la Direction du projet basée à Conakry. La

Directrice Nationale regrette qu'elle n'ait pas eu plus d'échange avec le chef du projet. Elle indique n'avoir eu que 5 séances de travail planifié avec le Chef d'équipe depuis 2 ans, ce qui lui semble insuffisant pour une bonne collaboration. Elle souhaiterait que les actions se fassent de façon plus concertée. La Directrice mentionne qu'elle apprend incidemment que des actions sont menées sur le terrain, dont elle n'a pas connaissance. Selon elle, elle n'aurait plus reçu de plan d'action depuis le milieu de l'an dernier. Ce n'est que lorsque la mission d'évaluation est arrivée à Conakry, qu'elle aurait reçu un ensemble de documents. La Directrice ayant de nombreuses responsabilités, la mission pense qu'il n'est pas impossible que les rapports soient arrivés dans son service avant, mais qu'elle n'en ait pas eu connaissance. Il n'en demeure pas moins que le sentiment de la Directrice est qu'il n'existe pas la collaboration et la coordination qu'elle souhaiterait avec PRISM.

Une autre observation importante faite par la DSP, semblable à celles faites par la majorité des interlocuteurs de la mission au niveau régional, est que PRISM présente son plan d'action, sans possibilité d'en discuter. Le plan est présenté et les autres partenaires peuvent en tenir compte, mais il n'est pas vraiment débattu. Enfin, les visites de consultants externes ne sont annoncées que lorsqu'ils sont déjà sur le terrain. Il devient alors difficile pour le MSP de s'organiser pour participer au travail fait par les assistants venus en mission de courte durée.

Une instance nationale, le Comité Technique de Coordination (CTC), a pour mission de coordonner et de suivre les activités des services centraux, des projets et programmes de développement sanitaire ; de préparer les revues, les réunions du comité de coordination des bailleurs de fonds et de suivre l'exécution des décisions prises lors de ces instances. Il examine et adopte les nouvelles stratégies de développement sanitaire. Ce comité se réunit tous les 6 mois. Un rapport est ensuite préparé par le SSEI et adressé au Ministre et à tous les participants par les soins du Secrétariat Général, 15 jours après la session. PRISM ne participe pas systématiquement aux CTC, ce qui est normal puisque le projet est impliqué au niveau régional. Cependant, il arrive que la coordination au niveau régional soit mise en cause au cours des CTC. Par exemple, au cours de la deuxième réunion annuelle du CTC, convoquée du 23 au 25 août 2000 sous la présidence du Secrétaire Général, l'IRS de Kankan a présenté les résultats du CTRS organisé du 24 au 27 juillet. Il a signalé qu'il existait un dysfonctionnement entre les SBC et les CS surtout pour la Santé Reproductive. L'Inspecteur a été invité à fournir au Ministre un rapport détaillé sur le constat. Le CTC a invité les Inspecteurs Régionaux de la Santé à la coordination des interventions dans leurs régions et rappelé que les intervenants ne devaient aucunement évoluer parallèlement aux priorités retenues par les équipes cadres de leurs régions.

#### Niveau Périphérique

Le projet a développé des conventions avec d'autres bailleurs ou partenaires. Un exemple est en annexe 28. Actuellement, ces conventions se multiplient mais leur préparation est parfois hâtive.

Parmi les conventions ayant produit un effet de collaboration positif, on peut citer celle avec la GTZ et l'IRS dans la région administrative de Faranah. Dans cette convention de mai 1999 entre IRS Faranah / GTZ / PRISM, il est prévu la réalisation d'une extension des locaux de l'IRS de FH et l'occupation par PRISM d'une partie de l'espace ainsi créé. Concrètement, la mise en œuvre de cet accord entre PRISM, l'IRS et la GTZ a permis de renforcer la collaboration entre ces 3 partenaires avec l'installation dans les mêmes locaux.

Dans la région administrative de Kankan, en matière de SBC, il y a une convention de partenariat dans chacune des 8 préfectures d'intervention de PRISM. Le type de convention varie selon la présence ou non d'autres intervenants au niveau communautaire. Des conventions de partenariat sont signées directement avec les préfectures prioritaires, c'est à dire celles où il n'y a pas d'autres intervenants au niveau communautaire. Les préfectures non prioritaires sont celles où il existe un partenaire : Dabola et Diguiraye (Africare), Faranah (GTZ) et Mandiana (Save). Dans ces préfectures les conventions incluent le partenaire. Dans la préfecture de Siguiri, ADRA vient juste d'arriver, et PRISM prévoit de se coordonner avec eux.

D'autres conventions regroupent de nombreux partenaires. C'est le cas par exemple de la convention de partenariat PNLs / Sida 2/ IRS Kankan / PRISM /PPSG / GTZ - Santé Reproductive de novembre 2000. Son but est de renforcer les activités de lutte contre les IST dans la région administrative de Kankan (5 préfectures) selon les approches et stratégies préconisées par le PNLs. La contribution financière de PRISM dans cette convention s'élève à \$64,620. Cet appui est destiné à l'enquête IP6/7, la formation et la mobilisation communautaire.

Des conventions sont en cours avec Africare / ISMI initiative Santé Maternelle et infantile; Africare / ISAG initiative Sécurité alimentaire à Diguiraye; Programme santé rurale GTZ à Faranah. Il arrive que des conventions ne soient pas discutées suffisamment avec les partenaires. Par exemple, la convention avec Africare serait en instance de signature selon PRISM, alors qu'Africare aurait beaucoup de point à éclaircir au préalable.

### **Appui aux niveaux décentralisés du MSP**

Activités de coordination :

Au niveau régional, il existe depuis longtemps des instances de coordination des activités de santé : les CTRS et les CTPS.

Le *Comité Technique Régional de Santé* (CTRS) est une instance de coordination qui assure le suivi ainsi que l'intégration des activités des différentes structures sanitaires. Il regroupe, outre les chefs de services au niveau des IRS, les DPS, les DH, les directeurs d'antenne régionale de la PCG, les chargés des micro-réalisations ainsi que les représentants des divers intervenants dans la région, y compris le secteur privé et les représentations locales des bailleurs de fonds et des autres projets. D'une durée maximale de 4 jours, le CTRS fait l'objet d'un rapport soumis au Gouverneur de région pour

commentaires. Ce dernier est chargé de la transmission au Ministère de la Santé dans les quinze jours suivants la tenue de la réunion.

Ces comités Techniques régionaux de santé sont tenus 2 fois par an par les IRS dans chacune des régions avec l'appui des professionnels de PRISM. Comme mentionné, le rôle du CTRS est d'analyser toutes les activités, d'identifier les problèmes et de proposer des solutions concrètes. Par exemple, en janvier 2000, la réunion du CTRS de Kankan s'est tenue sous l'autorité de l'IRS avec la participation des membres statutaires, des ONG intervenants dans le domaine de la santé (DED, Save, PRISM, AGBEF, ONCHO). Durant les 4 jours les travaux ont porté sur l'analyse des résultats du monitoring des structures sanitaires de la région; la présentation, la discussion et l'amendement des plans d'action des DPS, des hôpitaux, de l'IRS et des ONG; l'analyse du programme national PEV/SSP/ME dans la région à travers les thèmes suivants : accès universel aux soins, amélioration de la qualité des soins et des services; maladies émergentes et pérennisation du système. Dans certains CTRS, PRISM fait des interventions. Par exemple, durant le troisième trimestre de 1999, le personnel technique de PRISM a présenté aux CTRS les stratégies de support aux SBC et le programme d'intégration des IST.

Tout comme le CTRS au niveau régional, le *Comité Technique Préfectoral de Santé* (CTPS) assume le rôle d'instance de coordination et d'orientation au niveau du district sanitaire. Le CTPS regroupe, outre les cadres de la DPS, les DH, les chefs de centre de santé, les présidents des comités de gestion ainsi que leurs trésoriers, les représentants des divers intervenants dans la préfecture, y compris le privé. Le CTPS se tient tous les semestres et fait l'objet d'un rapport adressé au Préfet qui le transmet au MSP dans les 15 jours suivant la tenue de la réunion.

PRISM a participé à ces comités de concertation. De plus, PRIM a joué un rôle essentiel dans la mise en place de groupes de travail régionaux sur la gestion et la qualité et la Santé reproductive. Le nom et le nombre de ces groupes ont évolué durant les 3 années du projet pour s'adapter aux réalités locales.

L'indicateur retenu par PRISM est le nombre de coordinations régionales tenues. Toutefois, cet indicateur ne mesure pas la performance. Il devrait comporter des éléments plus précis de performance, comme le nombre de réunion avec au moins 90% des participants prévus, ou le nombre de réunion ayant fait l'objet de décision qui ont été appliquées, si un comité de suivi permet d'obtenir cette information.

#### Comités techniques de travail régionaux

##### *Comité Gestion et qualité*

Ces comités d'appui à la Santé Reproductive ont des noms différents selon les régions administratives : Equipe Régionale de Concertation en Santé de la reproduction (ERCOSAR) à Kankan, Comité Régional d'Appui à la Santé Reproductive (CORASAR) à Nzerekore et Equipe régionale de concertation à Faranah. Les termes de références de ces comités de travail de Santé reproductive au niveau régional ont été finalisés par

PRISM et les membres ont été sélectionnés. Ces groupes de travail régionaux aident à guider les interventions clés en Santé Reproductive dans les domaines de la formation clinique et de la supervision.

Parmi les membres de ces comités, se trouvent les gestionnaires et pharmaciens régionaux qui parmi d'autres activités identifient les stratégies et développent des plans d'action régionaux pour renforcer la gestion des ME et promouvoir leur décentralisation au niveau du district. Les ERCOSAR / CORASAR supportent les gestionnaires de DPS pour identifier les forces et les faiblesses des CS de districts dans la gestion des ME. Ces comités suivent les rapports sur la distribution et l'utilisation des contraceptifs et autres ME dans la région et répondent par l'identification des besoins, la formation et la mise à jour des outils de gestion. PRISM renforce la capacité des comités à formuler et à mettre en œuvre les politiques de distribution des ME et à tendre à la décentralisation de la gestion des ME dans les régions.

Une réunion de ces comités était prévu chaque trimestre, mais cela a été difficile à respecter à cause des autres réunions comme celle des CTRS qui mobilisent les mêmes personnes. Il est en effet difficile de réunir tous les participants pour chaque rencontre. Aussi, ces réunions sont maintenant programmées selon les besoins de l'IRS et des intervenants. Quand le besoin est ressenti, cette instance est convoquée pour partager l'information entre les membres.

La mise en place de ces comités a été différentes selon les 3 régions, mais leur évolution a été assez similaire. PRISM a été très actif dans les 3 régions. On peut mentionner rapidement par exemple ce qui s'est passé à Kankan.

En collaboration avec les partenaires de terrain intervenant dans le domaine de la santé de la région de Kankan, une équipe régionale de concertation en Santé Reproductive (ERCOSAR) a été mise en place, constituée des membres représentants les différentes DPS et ONG de la région. Une note de service de l'IRS du 31 mars 1999 a formalisé cette création.

Cette concertation était un souhait de l'IRS depuis longtemps. Toutefois, l'Inspecteur demandait que les partenaires prennent en charge les coûts afférents à une telle réunion, mais il n'avait pu les convaincre. L'arrivée de PRISM et son engagement dans la Santé Reproductive ainsi que son appui financier ont permis à ces réunions de coordination de voir le jour.

L'objectif des réunions était de maîtriser les interventions relatives à la Santé Reproductive dans la région, d'harmoniser ces interventions de manière à éviter les duplications des efforts et utiliser les ressources combinées avec le plus d'efficacité possible ; de discuter des résultats du suivi des activités Santé Reproductive sur le terrain ; établir un programme d'activités ultérieures, échanger les expériences, diffuser les informations et proposer des solutions appropriées.

La première réunion de l'ERCOSAR, initiée par l'IRS et PRISM, s'est tenue le 12 avril 1999 à Kankan, avec la collaboration organisationnelle et financière de PRISM, DED et Save The Children. Cette première réunion avait pour objet de familiariser les membres aux différents programmes de santé de la reproduction exécutés dans la région et de définir un cadre de travail référentiel pour l'équipe. Sous la modération de l'IRS, les 2 coordinateurs régionaux de PRISM (qualité et gestion des services) ont animé l'élaboration consensuelle des différents thèmes de la réunion, à savoir : Les normes de travail de l'équipe, le but des réunions, les objectifs des réunions, les termes de références de l'équipe. Les principales activités ont été définies pour les 3 prochains mois, ainsi que les intervenants responsables de ces activités (PRISM, DED, Save, PPSG,AGBEF).

Cette première réunion avait été organisée et financée en collaboration avec PRISM. Les prochaines rencontres devaient se réaliser avec la participation financière de tous les intervenants à tour de rôle. La répartition devait se décider après une réunion de concertation restreinte entre les intervenants de la région (PRISM, DED, STC).

L'IRS a présidé une seconde réunion en août 1999 qui a été animée par 2 membres de l'équipe IRS et le représentant de PRISM. Tous les intervenants de la région de Kankan étaient présents : l'IRS et son personnel, 2 membres de chacune des 5 DPS de la région administrative de Kankan, le coordonnateur régional des systèmes de gestion de PRISM, la coordonnatrice DED et son assistante, un représentant de Save. Les activités des derniers mois suivies du programme pour le prochain trimestre ont été présentées tour à tour par DED, PRISM, Save et les représentants des 5 DPS.

En janvier 2000, une autre rencontre a été demandée par l'IRS pour débattre de la revue PEV /SSP. Pour la première fois, un autre partenaire (Save the Children) a pris en charge le coût de cette rencontre. Cependant, contrairement aux réunions financées par PRISM, il n'y a pas eu de compte rendu de réunion, distribué aux participants.

En novembre 2000, l'organisation des rencontres a été modifiée. Il y a eu une rencontre conjointe ERCOSAR / CRIEC. La région de Kankan a abrité le premier atelier conjoint de concertation auquel participait : l'IRS, les DPS, DED, Save, PSI, AGBEF, PRISM. L'Inspecteur était le président. Ainsi était présent l'ensemble des principaux partenaires actifs dans le domaine de la Santé Reproductive de la région administrative de Kankan. Les travaux ont été présidés par l'IRS et facilités par PRISM. Un plan d'action ERCOSAR a été établi pour les 6 mois suivants (novembre 2000- Avril 2001) ainsi qu'un plan d'action trimestriel pour chaque DPS (novembre 2000 – janvier 2001).

À Nzerekore, une démarche analogue a été entreprise pour la mise en place de ces comités de travail sur la gestion et la qualité. Une note de service 60/IRS/NZ/1999 du 14/06/99 signée par l'Inspecteur a porté création officielle du Comité régional d'Appui à la santé Reproductive (CORASAR), organe consultatif au niveau régional avec un rôle d'appui technique aux structures opérationnelles : IRS, DPS, CS, PS, et SBC. Les participants au CORASAR étaient PRISM, A.R.C, Plan Guinée, AGBEF, GTZ, PARLS, Mission catholique. Le CORASAR mis en place par l'IRS et PRISM s'est réuni pour la première fois en juin 1999. Le DPS de Yomou a été mandaté par l'Inspecteur Régional

pour être le modérateur de la réunion. Les 2 coordonnateurs régionaux de PRISM (Qualité et Gestion des services) ont animé la réunion autour des différents thèmes : normes de travail du comité ; but des réunions ; objectifs des réunions ; termes de références du comité. Il y a eu une planification des activités pour les 3 prochains mois (juillet à septembre).

D'autres réunions ont eu lieu mais le déroulement a été entravé par l'insécurité apparue dans cette région puis le repli par PRISM sur Kankan.

#### *Comité IEC / Santé Reproductive*

L'autre groupe de travail important mis en place par le projet a été le Comité Régional IEC (CRIEC). Au niveau préfectoral, un Comité Préfectoral IEC (CPIEC) a été mis en place, mais son action est plus modeste.

Les principales tâches du CRIEC sont de coordonner les activités régionales ; d'élaborer et de veiller à l'exécution des plans d'action préfectoraux IEC / Santé Reproductive ; de rechercher le financement au niveau régional pour l'exécution des plans d'action ; d'impliquer tous les intervenants dans l'élaboration, l'exécution et l'évaluation des plans d'action ; d'échanger les expériences et d'assurer la pérennisation des activités

A Kankan, en avril 99, la composition par préfecture du CRIEC était la suivante :

Kankan : chargé SSP de la DPS, Coordinateur AGBEF, sage femme AGBEF, chef projet Enfant pour enfant, coordonnateur OSFAM, chef antenne CPTAFE, membre CPTAFE, OULEMAS Guinée.

Mandiana : DPS, CCS Koundian, CCS Morodou, Chargé promotion AGBEF, superviseur Save the children.

Siguiri : DPS, Chargé CPN/PF au CSU, enseignante collée Kankou Moussa

Kouroussa : Chargé PEV au CSU, CCSU, Chargé CPN/PF au CSU

Kerouane : animatrice SEEG, Chargé promotion AGBEF, DMR Préfecture

Une première réunion du CRIEC s'est tenue les 28 et 29 avril 1999 sous l'autorité de l'IRS et avec l'assistance du projet PRISM. Cette première réunion faisait suite aux recommandations de l'Atelier régional IEC / Santé Reproductive qui s'était tenu à Kankan en février 1999. Cette réunion regroupait un représentant de l'IRS, 3 représentants par DPS de la région, les représentants des ONG, projets et associations : OSFAM, AGBEF, CPTAFE, Save the children, Enfant pour enfant, Oulémas de Guinée et PRISM. Les travaux de cette réunion ont porté sur les activités IEC / Santé Reproductive réalisées par les différents intervenants en tenant compte du plan d'action régional préétabli. Les présentations ont permis de faire ressortir les forces et les faiblesses relatives aux activités réalisées ainsi que des propositions concrètes de

solutions en vue d'une amélioration future. Un travail organisationnel a aussi été fait durant cette réunion : revue et adoption des termes de références du CRIEC ; Définition des modalités d'élection d'un bureau régional ; élection du bureau composé de 3 membres : coordonnateur (AGBEF), secrétaire (IRS Kankan), chargé de la formation.

Un plan d'action régional IEC / Santé Reproductive pour l'année 1999 a été adopté. Il a permis de définir les axes stratégiques et les activités à mener dans le domaine de la santé reproductive. Les lieux d'intervention, les responsabilités et les ressources ont été déterminés et partagés entre les différents partenaires. Un chronogramme d'exécution complétait ce plan d'action. L'un des 4 axes stratégiques de ce plan était intitulé : améliorer la coordination et la gestion des programmes IEC. Presque toutes les ressources destinées à la réalisation des activités de cet axe stratégique devaient être fournies par PRISM.

Après cette réunion initiale, les comités régionaux ont continué à fonctionner régulièrement sous l'impulsion de PRISM. Comme mentionné plus haut, ces comités ont récemment fusionné avec les comités de travail sur la gestion et la qualité.

Les CPIEC ont eu des actions principalement au niveau du soutien à des microréalisations. Un processus de sélection de petits projets a été mis en place, permettant d'obtenir un appui de PRISM pour leur réalisation.

### **Coopération avec IRS**

La coopération et la coordination avec les IRS a été différente selon les régions.

A Kankan, au début du projet, l'IRS a été très intéressé par le fait que PRISM avait décidé de s'installer au niveau périphérique plutôt qu'au niveau central. Il voyait là une occasion de mise en œuvre concrète de la décentralisation. L'IRS souhaitait que PRISM s'installe dans ses locaux pour avoir une collaboration étroite et un réel transfert de compétence au cours du projet. Malheureusement, cela a été refusé, et l'IRS regrette aujourd'hui d'avoir accepté que le projet soit installé en ville. Selon PRISM, ce choix était justifié par le manque d'espace dans les bureaux de l'IRS, occupé par le personnel de l'IRS et de DED. A la fin de l'an 2000, la situation a changé.

Malgré cela, l'Inspecteur Régional estime que la collaboration entre l'IRS et le projet PRISM est satisfaisante. La mise en place des comités de coordination mentionnée plus haut a permis de résoudre des difficultés que rencontrait l'IRS sur ce plan : chaque projet (CESTAS, DED, SCF, PRISM) avait des idées spécifiques et contactait séparément l'IRS pour les faire adopter. L'IRS ressentait le besoin de coordination et a apprécié que PRISM prenne en charge le financement des premières réunions de coordination.

L'IRS constate que PRISM fait des sorties de supervision qui devraient être mieux harmonisées avec celles de l'IRS, d'autant plus qu'il trouve qu'il y a trop de formations et pas assez de suivi de ces formations. Malgré la collaboration et l'existence de ces comités de travail, la coordination n'est pas très bonne sur le plan des déplacements dans la région. L'IRS préférerait que le projet accepte de le soutenir pour aller voir les agents sur leur lieu de travail et compléter les formations reçues par la supervision formative.

A Faranah, la situation est très différente. Le projet est logé dans les mêmes locaux que l'IRS et que le projet GTZ. Une convention avait été signée à cet effet au moment de la construction d'un bâtiment par la GTZ. Cette proximité satisfait l'IRS qui trouve la collaboration et la coordination excellente. Selon l'IRS, grâce à cette étroite liaison, c'est l'Inspecteur, homologue du responsable du projet PRISM à Faranah, qui se charge des contacts avec le MSP au niveau central. Une telle organisation évite que le projet ait besoin d'avoir un représentant à Conakry et renforce les capacités institutionnelles nationales. La pérennité du projet serait meilleure, bien que des problèmes de financement se posent à l'arrêt du projet. A Faranah, les responsables internationaux du programme GTZ ont dû quitter la ville pour des raisons de sécurité, mais le projet continue de fonctionner avec l'ensemble du personnel national.

### **Coopération avec DPS**

La coordination avec les DPS est très contrastée. Par l'entremise des AT AGBEF, financé par le projet PRISM, il existe une véritable coopération entre le chargé SBC ou SSP de la DPS et le projet. Le renforcement institutionnel se fait, à la satisfaction des DPS.

Par contre, PRISM mène des activités sur le terrain sans coordination avec le DPS. Les DPS sont très déçus par cette situation car ils souhaiteraient beaucoup participer aux supervisions menées par PRISM dans leurs zones géographiques. Toutes les DPS visitées par la mission ont insisté sur ce manque de coordination entre le projet PRISM et leur DPS en ce qui concerne les visites de terrain effectuées par le projet au niveau des CS et des villages.

Pourtant, lors de sa conception, il avait été prévu que le projet appuie les DPS pour qu'elles réalisent un meilleur suivi et une meilleure supervision des CS. PRISM devait renforcer la capacité des DPS à effectuer des visites de suivi régulières des CS par l'octroi de carburant, d'indemnités journalières ou la prise en charge d'autres coûts. Le suivi devait être un mécanisme de soutien aux DPS et une possibilité de formation in-situ pour aider le personnel des CS à faire un meilleur travail qui serait plus gratifiant.

### **Appui au secteur privé**

#### Renforcement de l' AGBEF

L'AGBEF était une des seules ONG déjà active dans les 3 régions du projet. AGBEF était aussi le chef de file des ONG avec un intérêt et une expérience importants en Santé Reproductive. PRISM souhaitait faire de AGBEF l'instrument du renforcement des autres ONG locales, dans le but de développer la pérennité des actions de Santé Reproductive. PRISM avait prévu d'inclure le soutien à l'AGBEF à partir de la seconde année du projet. Cependant, la mission USAID a suggéré que PRISM procure plus d'AT et beaucoup plus tôt que prévu dans le plan d'intervention initial, afin de renforcer l'AGBEF, appelée à être une importante ressource guinéenne pour les programmes de Santé Reproductive. PRISM a alors proposé de renforcer la capacité de l'AGBEF en lui donnant un rôle important dans les activités CBD, et en l'impliquant activement dans le travail de monitoring et dans la logistique de distribution des contraceptifs. De plus,

PRISM s'est proposé de donner une AT régulière au niveau des bureaux régionaux et centraux. Le personnel de l'AGBEF devait être invité à participer aux activités de formation de PRISM, au niveau régional, national et international. La capacité de l'AGBEF devait être renforcée en planification stratégique, gestion décentralisée, recouvrement des coûts et pérennité financière. Cependant, pour la planification stratégique, AGBEF a choisi un autre facilitateur sur un autre financement de IPPF. Du point de vue de la pérennité financière, un appui pour le calcul des overhead a été proposé mais il n'a pu être concrétisé par PRISM pour des raisons budgétaires.

Un sous contrat a été donné à l'AGBEF pour collecter, entrer et analyser les données sur une base trimestrielle. L'approche a changé durant la troisième année du projet pour que le MSP assure progressivement la responsabilité de la collecte et du traitement des données Santé reproductive.

Un élément important du dispositif d'intervention de PRISM, réalisé en collaboration avec AGBEF, est la prise en charge des AT SBC, placés auprès des DPS. Ces AT ont pour mission de transmettre toutes les connaissances nécessaires aux chargés des SBC des DPS, qui sont des fonctionnaires de l'Etat. Avant l'arrivée de PRISM, FAMPOP finançait l'AGBEF pour avoir des chargés de promotion, à raison d'un par préfecture. Ces chargés suivaient toutes les activités PF et surtout l'IEC. En dessous d'eux, il y avait les superviseurs (chef de centres et agent PEV des centres de santé) qui supervisaient les ASC. Chaque CS avait 5 districts identifiés pour mener les activités SBC. Le financement était assuré par FAMPOP / PSI / AGBEF. Ce montage s'est arrêté fin 1998, puis PSI a perdu le contrat qui a été repris par PRISM.

Au début du projet, PRISM a continué de supporter l'AGBEF. Il y a eu une évaluation des activités SBC fin 98-début 99 et l'établissement d'une convention entre AGBEF et PRISM. C'était un contrat important d'un an. Maintenant, la situation a changé. PRISM va directement sur le terrain mener les activités de santé, jusque dans les CS, les villages, les sous-préfectures, alors qu'avant c'était l'AGBEF qui faisait ce travail. L'intervention de l'AGBEF se trouve réduite au niveau des AT DPS. PRISM prend en charge le salaire des AT via l'AGBEF et donne également un petit budget de fonctionnement qui va être dégressif jusqu'à la fin de l'année du contrat. Au bout d'un an, l'AT et son budget n'existeront plus.

L'AGBEF regrette que PRISM ait préféré réaliser directement les actions plutôt que de continuer de se servir des capacités d'intervention de l'AGBEF. L'AGBEF aurait préféré qu'on lui donne les moyens de poursuivre son activité, qui avait été interrompue par manque de financement après la fin du projet FAMPOP. L'AGBEF regrette le manque de dialogue et de collaboration avec PRISM, qui aurait dû être basée sur les capacités d'intervention de chacun. Compte tenu des informations convergentes obtenues sur le terrain par la mission d'évaluation concernant les activités fortes mais parfois sans suivi de PRISM, il est dommage que PRISM n'ait pas été plus à l'écoute de ses potentiels partenaires. Comme avec Africare ou Save the Children, PRISM semble ne pas avoir recherché le meilleur moyen de collaboration avec les autres intervenants, pour des

interventions plus efficaces et pérennes. PRISM a plutôt voulu réaliser directement des actions mais souvent sans en effectuer le suivi.

### **Forum ONG**

En août 1998, PRISM mentionnait dans son rapport trimestriel que le forum des ONG, établi comme un moyen de partager les informations et l'expertise entre les ONG, recevrait un support actif et la participation de PRISM. PRISM était en train d'obtenir le statut de membre actif dans le forum et devait offrir de parrainer un de ses 2 meetings bisannuels. La mission d'évaluation n'a pas trouvé d'informations sur une éventuelle suite donnée à cette activité.

### **Attribution de micro-financements**

Selon les rapports annuels de PRISM, 10 ONG auraient reçu des micro-financements de PRISM. La mission d'évaluation a demandé des détails sur les grants et leurs bénéficiaires mais n'a pu obtenir de réponses du projet avant la finalisation de ce rapport.

### **Collaboration sur les autres activités financées par l' USAID**

La coopération entre PRISM et Save the Children dans la zone administrative de Kankan n'est pas perçue très positivement par Save the Children. La responsable du projet à Kankan trouve qu'il y a peu de coordination et qu'il est difficile de discuter avec PRISM. Bien que les locaux des 2 organisations soit à moins de 100m l'un de l'autre, Save the Children n'a jamais eu la visite de PRISM. Par contre, Save the Children s'estime «convoqué» pour faire ce que PRISM a décidé. Par exemple, il y aurait eu une réunion de concertation entre PRISM et l'IRS à propos de la dotation en motocyclette des DPS pour faire la supervision. PRISM aurait annoncé que le projet doterait 4 des 5 préfectures de la région de Kankan et que Save the Children devrait payer la moto pour la préfecture de Mandiana, puisque cette organisation intervenait dans cette zone. Ensuite l'IRS aurait demandé à Save the Children de payer une moto. Mais ceci était une dépense importante pour le projet de Save the Children à Mandiana, et cette dépense n'était pas prévue dans son budget. Save the Children aurait préféré qu'il y ait une réunion de concertation avec PRISM à ce sujet, plutôt que de se retrouver devant cette obligation.

Save the Children regrette que PRISM ne discute pas avec eux pour connaître leur expérience acquise sur le terrain, ce qui pourrait aider PRISM à améliorer son intervention. Save the Children estime que PRISM veut les obliger à adopter leur approche, alors que Save the Children ne veut pas changer une approche qui donne des résultats (selon cet organisme) : en 3 ans de projet, la mortalité infantile aurait diminué ainsi que les autres indicateurs de suivi dans la préfecture d'intervention de Save the Children.

Le manque de coordination des interventions de PRISM avec celles de Save the Children mets parfois cette organisation en difficulté. Par exemple, PRISM donne des per diem pour les gens qui sont en formation, alors que Save the Children pense que cela fait partie

du travail des agents et ne donne rien d'autre que le remboursement des frais de transport. PRISM aurait dû se coordonner avec Save the Children pour connaître leur politique avant d'intervenir dans cette préfecture où Save the Children travaillait déjà. Enfin, selon Save the children, PRISM se rend dans la préfecture de Mandiana, sans harmonisation avec les programmes de Save the Children.

La coopération avec Africare dans la région administrative de Faranah (préfecture de Siguiri) est aussi difficile. Africare déclare ne pas être associé au programme de travail de PRISM dans la préfecture où Africare intervient, bien que toutes les activités d'Africare à Dabola soient incluses dans les stratégies d'interventions de PRISM : référence, SBC, facilités d'accès aux services de Santé Reproductive, etc. Africare ne reçoit pas les programmes de formation et n'est pas informé sur la situation des stocks. Lorsque PRISM vient mener des activités IEC dans la préfecture, le projet ne prend pas contact avec Africare, bien que cette organisation soit sur le terrain et devrait être une partie prenante de ces activités. La coordination devrait être d'autant plus étroite que PRISM et Africare sont tous deux financés par USAID.

Parfois, l'absence de coordination et même de communication conduit à un impact négatif sur les populations. C'est le cas lorsque PRISM vient mener des activités dans le même domaine qu'Africare. Comme PRISM ne fait en général qu'un seul passage dans les villages, cela peut avoir un impact négatif. Par exemple, PRISM fait des activités communautaires spectaculaires qui ciblent tout le village. Ceci peut être déstructurant par rapport à d'autres activités de longue haleine menées par Africare, qui doit ensuite se débrouiller pour rattacher ces activités ponctuelles à leur action long terme. Un autre exemple est donné par la campagne PF ciblé sur les hommes : PRISM a inondé la population avec le même message, mais ensuite il n'y a pas eu d'activité de counseling pour renforcer ce message.

#### **Conclusion pour IR4**

Au niveau national, PRISM participe effectivement à des réunions nationales, au même titre que les autres intervenants, mais ne joue pas de rôle catalyseur. La collaboration entre le chef de projet et la Directrice Nationale de la Santé Publique est très critiquée par cette dernière. Ceci reflète peut-être une incompréhension, due au manque de clarifications sur l'approche décentralisée du projet et à l'absence de langage et de vision commune du système de santé entre les acteurs. Cependant, il existe effectivement des échanges entre certains services du MSP et des membres du projet.

Au niveau régional, PRISM travaille à la coordination. Le plus grand succès est la création des comités régionaux de travail (IEC, ERCOSAR, etc.). La mise en place de ces comités est à mettre au crédit du projet, même si cela était un souhait de certains responsables de l'Inspection régionale. Mais la durée de vie de ces comités est limitée pour le moment à celle du projet. Sans financement de PRISM, ces comités arrêteront de fonctionner. PRISM doit penser à la pérennité de cette action à succès.

La coordination serait meilleure et l'impact du projet sur le renforcement institutionnel plus fort, si le projet était basé dans les mêmes locaux que les IRS. Le cas de Faranah

démontre combien cette proximité est importante pour avoir une vraie coordination et collaboration.

La manière de collaborer avec les autres partenaires, en particulier les ONG et les autres projets financé par USAID n'est pas très bien appréciée par ces partenaires. L'attitude perçue est plus celle d'un supérieur que celle d'un partenaire. Ces organismes regrettent que le manque de dialogue fasse perdre des occasions d'utiliser des ressources et des connaissances acquises par ces organisations.

## E. OBJECTIF GÉNÉRAL DU PROJET ET SO2

Contribution de PRISM à l'atteinte de l'objectif SO2: Améliorer l'utilisation des services essentiels de PF/SMI et des services de prévention et pratiques en IST/SIDA.

Evolution des indicateurs SO2 fournis par USAID et PRISM (et autres sources):

Indicateur	Valeurs 1998	Cibles 2000	Résultats 2000	Sources	Commentaires
CAP	National 49462  Public*: HG 4468 GF 4536	National 80000	National 87068  Public*: HG 6701 GF 10317 (SBC région Kankan: 825*)	USAID PRA 2000  *PRISM	Donnes fournies par PRISM pour régions calculées avec projections partielles
Prévalence de la contraception moderne chez les femmes 15-49 ans	National toutes les femmes: 2,4 % * Non disponible par région (EDS 92: femmes en union HG 0,6 GF 0,8)	Non disponible	Non disponible par région (EDS 99: National toutes femmes: 4,9 Femmes en union HG 2,9 GF 5,7)	* USAID PRA 99 dérive d'une enquête (?) family planning program monitoring & évaluation system	Les EDS ne reflètent pas la période du projet.
Utilisation des préservatifs avec les partenaires occasionnels	NA	HG 23% GF 25%	HG 20.4% GF 22.4%	EDS 99	
Adhérence aux normes & procédures de traitement en FP, SMI, IST/SIDA	1998 HG & GF: PF: 0% pour 8 items, 40% pour 4 items ou plus  Consultation Prénatale: 0% pour 16 items et 34% pour 8 ou plus  diarrhée: 24 % pli cutané  IRA: 23% fréquence resp  Fièvre: 19% cherche nuque rigide	25% pour 11 items  idem  idem  idem  idem	*STI 38% dans les PPSPF  0% pour 11 items 0% pour la moitié ou plus des items  0% pour 21 items 18.5% pour la moitié ou plus des items  59%  79%	*source: PRISM reapplication Y3-4  source USAID PRA 2000/enquêtes 1998 (analyse secondaire des donnes de l'analyse situationnelle) et 2000 (enquête rapide/Macro/MEA SURE & Statview).	Les indicateurs utilises sont des composites pour lesquels le nombre d'items est spécifié. Les normes et indicateurs ont été changes en 1999

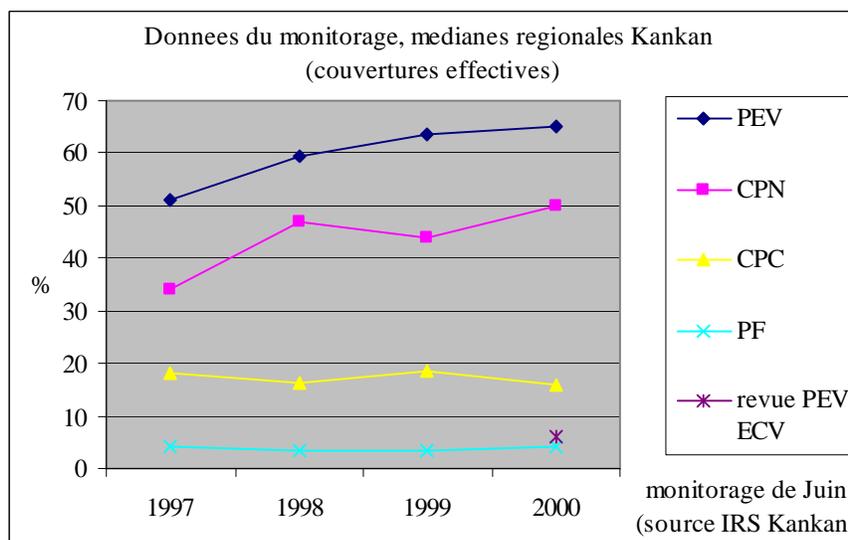
IX. RECOMMANDATIONS

	IST: 0% pour 6 items, 10% pour 3 ou plus	15% des clients reçoivent la moitié des items	19%  3% ont 4 items 32% ont la moitié des items		
Vaccination contre la rougeole	Non disponible 1996*: national 30,1 % HG 14,5 % GF 34,1 %	National 58 % HG 46 % GF 62 %	N 44,2 %** Faranah 41 %** Kankan 21 %** Nzerekore 51 %**	* UNICEF, "enquête a indicateurs multiples" ** revue PEV enquête version 02/2001	
% de femmes enceinte recevant au moins 3 visites prénatales		PPSPF HG 44% GF 72%	PPSPF 42.1% 70.1%	Source: PRISM reapplication Y4-5	

**Utilisation de la Planification Familiale: Couple- année protection (CAP)**

Le nombre de CAP s'est accru de 50 % en Haute Guinée et de 127 % en Guinée Forestière entre 1998 et 2000. Pour la région de Kankan, les SBC représenteraient environs 12 % des CAP en 2000, ce qui est un résultat encourageant.

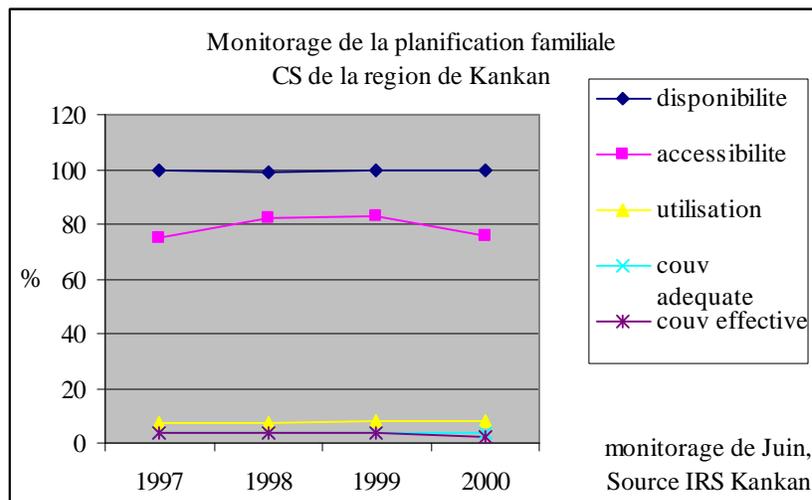
La comparaison des CAP avec les données du monitoring, quoique critiquées et ne décrivant que la consommation des femmes pour la PF, révèle une différence importante: Chez les femmes de la région de Kankan, l'augmentation de l'utilisation entre 1998 et 2000 serait de 11%.



La qualité des données du monitoring est remise en question mais en général, les données sont plus clémentes que celles fournies par les enquêtes. Le biais est donc en direction des valeurs plus élevées, comme illustré ci-dessus par la comparaison entre la couverture vaccinale effective du monitoring et le pourcentage d'Enfants Complètement Vaccines

(ECV) selon la revue du PEV (version 02/2001). Cette valeur est nettement inférieure à la couverture PEV du monitoring.

Compte tenu de la direction habituelle du biais, une donnée inquiétante est que la couverture effective en planning familial des CS (mesurée pour les femmes) stagne globalement, en dépit des SBC (références), de l'intégration des services et de l'augmentation probable de la population cible depuis le recensement de 98 (non intégré aux dénominateurs, probablement dans le numérateur). Les SBC (12% des CAP) n'expliquent pas l'écart observé entre les progrès mesurés par PRISM et les données du monitoring.



Date monitoring	Jun-97	Jun-98	Jun-99	Jun-00
disponibilite	100	99	100	100
accessibilite	75	82	83	76
utilisation	7	7.2	7.8	8
couv adequate	4	3.6	3.6	4
couv effective	4	3.4	3.4	2

Afin d'interpréter les différences, le graphe et la table ci-dessus détaillent les éléments du monitoring.

La disponibilité en contraceptifs serait voisine de 100%.

L'accessibilité est la proportion de la population à moins de 5 Km d'un centre de santé ou 2 km d'un point de stratégie avancée: le graphe ci-dessous suggère une augmentation de l'accessibilité 1998 qui reflète certainement l'intégration de nouveaux CS (31 pour toutes les régions du projet). L'impact de la réintégration d'autres centres (34 pour toutes les régions) en 1999 n'apparaît pas sur la région de Kankan en ce qui concerne l'utilisation. La réduction de l'accessibilité entre 1999 et 2000 suggère une diminution du nombre de stratégies avancées des agents CPN (transfert aux agents PEV du fait du programme CBD? Difficultés logistiques?).

L'utilisation (pourcentage des femmes 15-45 ayant accès vues en consultation PF) n'est passée que de 7 à 8 %.

La couverture adéquate reflète la régularité de l'utilisation et la couverture effective celle du pourcentage des fiches contenant les paramètres de l'examen et, ou la prescription est conforme aux normes.

Les résultats diffèrent de ceux attendus au vu des données CAP pour plusieurs raisons. La fréquentation des hommes et leur consommation en services de PF dans les CS ou postes de santé ne sont pas connus. Il est possible qu'il y ait eu une rupture des outils de gestion avec un faible rapportage au monitoring mais ceci n'a pas été exploré (données analysées à Conakry après le départ du responsable suivi évaluation). L'écart mériterait d'être étudié.

### **Utilisation de préservatif avec les partenaires occasionnels**

Selon l'EDS 99, 22,4 % des hommes en Guinée forestière ont utilisé un préservatif avec les partenaires autres que le conjoint (n=67). L'EDS évalue la période mi 98-mi 99, et le comportement chez des sujets déjà informés sur le SIDA et ayant eu des rapports lors de 12 derniers mois (mi 98-mi 99) avec une autre personne que le conjoint.

Ceux ci ont donc légèrement plus de chances d'utiliser les préservatifs que la population générale (connaissance du préservatif chez les hommes 94 % en GF, données sur Kankan non disponibles).

En l'absence de données avant intervention (1997 ou 1998) et après intervention (2000), l'impact des activités de PRISM ne peut être évalué.

### **Respect des normes**

#### Normes pour la planification familiale

Les données suggèrent que les objectifs pour 2000 n'ont pas été atteints. Une détérioration est possible mais les indicateurs diffèrent avec l'addition en 2000 du lavage des mains, du test de grossesse et de la recherche d'œdèmes. Le test de grossesse ne fait pas partie des ME présents aux centres de santé. Cette composante réduit automatiquement le score. Aucun des agents observés en 2000 n'effectue la moitié des 11 items requis et ceci est inquiétant compte tenu du nombre de centres récemment formés ou recyclés (soit  $65/174 = 37\%$  des CS). Il serait utile de recalculer la performance en utilisant l'ancien indicateur puisque les variables sont disponibles dans le nouveau.

#### Normes pour la survie de l'enfant

Les résultats positifs peuvent être attribués au projet au moins en partie grâce à la diffusion des normes et procédures en santé de la reproduction qui comprend un volet survie de l'enfant. Il faut cependant envisager les actions des autres intervenants et ou l'effet Hawthorn (changement d'attitudes des sujets observés du à la répétition d'enquêtes similaires) avant d'établir un lien causal.

### Normes pour la prise en charge des IST

Les objectifs sont dépassés. Le rôle des formations PRISM en IST est difficile à prouver (7% des CS formés en 2000 dans les régions), par contre la dissémination des normes et procédures et le financement sida2 pour la supervision des IST sur Faranah sont des explications plausibles.

### **Rougeole**

L'amélioration de la couverture vaccinale entre 1996 et 2000 peut être attribuée au projet en raison de la diffusion des normes et procédures en santé de la reproduction, mais avec prudence car il existe une amélioration presque équivalente au niveau de la couverture nationale.

### **Consultation Pre-Natale**

Le projet n'est pratiquement pas intervenu dans ce domaine, en dehors de la dissémination des normes et procédures en santé reproductive. Les données disponibles montrent que les PPSPF ont presque atteint les objectifs.

En résumé, l'utilisation des services de PF semble augmenter ainsi que la qualité de la prise en charge des IST et des maladies de l'enfant. Ceci reflète vraisemblablement les interventions de PRISM (normes et procédures largement diffusées, intégration de centres en PF/prévention des IST-SIDA, IEC et SBC). L'affirmation d'un lien causal entre des interventions menées et les variations dans l'utilisation des services doit être prudente pour les raisons suivantes:

- les valeurs de base manquent parfois
- il n'y a pas de comparaison avec d'autres régions "témoin"
- il n'y a pas évaluation des changements dans les ressources disponibles pour le secteur santé dans les régions (y compris au niveau des ménages) durant la période et la demande de soins (gratuits) s'est probablement accrue du fait de la présence des réfugiés.
- les problèmes de motivation du personnel sont vraisemblablement accrus par la quasi-démission des COGES et les difficultés budgétaires associées au coût des ME. L'impact de ses facteurs n'est pas mesuré.
- les interventions des partenaires sont en principe complémentaires voire synergiques mais elles n'ont pas été étudiées en détail.

## **VI. AUTRES EFFETS DU PROJET**

---

En dehors de l'atteinte des IR, le projet a d'autres effets : il affecte la décentralisation du MSP et la formation des personnels de santé, ses interventions peuvent influencer le système de santé à long terme ou produire des conséquences imprévues.

### **A. IMPACT DE PRISM SUR LA DÉCENTRALISATION DU MSP**

Le projet initial met en valeur l'appui au niveau des régions et en particulier la prestation des services au niveau des centres de santé et des communautés. L'appui à la politique de décentralisation est étudiée à la lumière du contexte suivant.

Le décentralisation des services de santé, initiée en Guinée en 1987 est essentiellement caractérisée par l'initiative de Bamako par laquelle les communautés sont responsables de la gestion d'un fond de roulement pour le remplacement des ME au niveau des centres de santé. L'espace de décision au niveau des centres de santé est limité puisque les services offerts, l'organisation des prestataires, l'allocation des ressources, du financement (tarifs) et du personnel sont définis en détail depuis le niveau central ou intermédiaire. Il existe cependant un exercice de monitoring et de micro-planification d'activités correctrices bi-annuel, initié à la base.

L'autonomie hospitalière établie en 1994 ne concerne pas les hôpitaux de préfecture qui demeurent des structures rattachées du MSP. Les hôpitaux établissent des plans d'action annuels financés par le recouvrement des coûts des ME et par le gouvernement. L'approvisionnement en ME initialement public (PHARMAGUINEE) a été confié à une structure para-étatique, la PCG, mais l'approvisionnement des centres de santé se fait toujours par la cellule des ME, établie de manière "provisoire" au sein du MSP.

Les niveaux intermédiaires (régions et districts) ont été formés à la planification et à la budgétisation des activités. Depuis 1995 (approximativement et selon les régions et partenaires), ces structures disposent d'un budget à gérer. Elles ont également été responsabilisées quant à la tenue des exercices de monitorages et des réunions de synthèse associées (CTPS, CTRS).

Actuellement, les DPS et IRS auraient un budget d'environ US\$ 5000 par an, pour un besoin estimé de US\$7500 selon une étude de la GTZ. Le MSP n'aurait pas le contrôle des procédures de décaissement, une fois les plans annuels approuvés, puisque ces procédures sont sous l'autorité du Ministère des Finances. Il lui est donc difficile de développer un système de motivation basé sur la performance ou de renforcer la transparence: le MSP ne peut vérifier les décaissements qu'a posteriori, sur la base d'audits ponctuels effectués par la DAF.

Au niveau des communautés, l'initiative de Bamako permet à de nombreux CS (essentiellement urbains) de racheter leur médicaments et de financer les services

préventifs, l'équipement et les primes au personnel. Cependant, les fonds de réserve des centres se sont érodés avec la hausse du prix des ME en 1998 (maintenus artificiellement bas pendant 6 ans), la mise à disposition de 50% des fonds de réserve des CS pour la recapitalisation de la cellule ME et quelques difficultés au niveau de la gestion locale. A ce jour, peu de comités de gestion sont actifs selon les interviews, les documents et les visites de terrain. L'appui du MATD à la supervision des COGES s'estompe. Ce sont souvent les trésoriers seuls qui participent à la gestion financière alors qu'au début des années 1990, ils s'associaient au monitoring et se présentaient au CS lors des supervisions. Il n'existe donc peu ou pas de structure fonctionnelle pour la représentation des usagers au niveau des structures décentralisées. Lorsqu'elles existent, l'espace de décision est limité.

La politique du MSP en matière de décentralisation vise à renforcer les capacités des structures communautaires au niveau des centres de santé et des structures intermédiaires du MSP. Au niveau des centres de santé, une approche convoitée depuis quelque années figure maintenant de façon explicite dans le plan stratégique de développement sanitaire 2000-2010. Il s'agit de résoudre les problèmes de motivation et de représentativité par l'implication des élus locaux dans la gestion des CS. Les modalités de cette approche ne sont pas encore clairement définies et requièrent une collaboration étroite entre le MSP et le MATD.

L'approche de PRISM contribue à la politique de décentralisation du MSP dans le sens où l'appui est dirigé vers la périphérie, et essentiellement au niveau des centres de santé. Les centres de santé demeurant la pierre angulaire de la décentralisation en Guinée, l'approche de PRISM est en ligne avec la politique du MSP.

Le développement des compétences au niveau intermédiaire en ce qui concerne la formation, la supervision et la gestion des ME est aussi conforme à la politique du MSP.

En l'absence d'une évaluation préalable de la décentralisation, les activités de PRISM n'ont pas suffisamment soutenu la mise en œuvre de la décentralisation compte tenu de l'expertise mise à disposition dans ce projet et de la localisation initiale dans les régions. La recherche d'une approbation nationale sur les détails des interventions n'est pas appropriée (exemple : grilles de supervision etc.). Elle renforce l'approche centralisée et réduit l'investissement dans la collaboration et le développement des capacités du niveau intermédiaire. Elle n'assiste pas le MSP à concevoir des mécanismes de motivation et contrôle pour que la périphérie atteigne les objectifs nationaux tout en appliquant des stratégies adaptées aux besoins et ressources locales.

S'il est légitime que le MSP s'attache à définir les approches idéales (modèles), il reste que les adaptations locales peuvent améliorer l'efficacité (et d'autres aspects de la performance) car elles tiennent compte des ressources, des besoins et des préférences locales. Au niveau central, des éléments clés du système, tels le financement et les ME, semblent occultés alors que beaucoup d'énergie est perdue à définir des solutions uniformes là où il suffirait de produire des modèles, des critères et des principes pour l'adaptation locale (appuis à la décision).

Recommandations:

- la poursuite des activités de PRISM devrait reposer sur une définition claire et consensuelle des rôles et responsabilités des différents niveaux du MSP en ce qui concerne le projet. En particulier, la détermination des décisions contrôlées par le centre et les DPS et IRS, pour chaque fonction du système de santé ayant trait aux activités du projet est nécessaire (e.g. finances, organisation des services, gestion du personnel, systèmes de support tels que gestion et information etc.). Cet effort devrait s'accompagner de l'identification des rôles de coordination des personnels de PRISM et de leurs homologues. Tous les acteurs concernés devraient être impliqués. L'appui au niveau central devrait rassurer le MSP sur la compatibilité des objectifs et mettre en valeur le fait que certaines décisions de mise en œuvre doivent être prises localement puisque les régions diffèrent. L'identification des décisions pour lesquelles les choix locaux sont susceptibles d'améliorer la performance du système de santé contribuera à la définition des rôles et responsabilités.
- Le projet devrait ensuite définir avec le MSP un système de suivi de routine simplifié pour le projet, qui n'exclue pas la consultation de documents plus détaillés, mais qui permettent d'évaluer sommairement les progrès vers les objectifs nationaux. Il devrait aussi documenter la prise de décision au niveau local (e.g. bien fondé des décisions prises compte tenu du contexte régional), les coûts des interventions et l'effet de contraintes systémiques qu'il ne peut corriger. Ceci afin d'informer le développement des politiques nationales.
- La pérennité des interventions devrait être déterminée par la capacité de PRISM et de ses partenaires régionaux du MSP à démontrer le succès des interventions menées, plutôt que par l'approbation centrale initiale sur le détail des interventions.
- Le processus de décentralisation requiert un appui soutenu en matière de gestion au niveau périphérique. Comme dans le domaine de l'approvisionnement en ME, des faiblesses systémiques laissent entrevoir des difficultés majeures, et en particulier, l'absence de transparence dans la gestion des ressources financières au niveau intermédiaire (expérience GTZ par exemple). L'appui à la gestion devrait donc être bien cadré. Il serait souhaitable de négocier avec chaque DPS et IRS.

Soit un appui à la gestion et à la planification dans une transparence totale, incluant comme motivation l'apport de radios ou l'informatisation et la présence accrue du personnel de PRISM au niveau des DPS et IRS.

Soit un appui moindre au niveau de la gestion mais avec un engagement des DPS à effectuer un nombre défini de supervisions par centre, à effectuer le suivi et monitoring des activités et à assurer l'approvisionnement en ME pour les CS, sur le budget local du MSP (DPS et/ou CS). Un appui technique et logistique de PRISM sur le complément nécessaire de supervisions serait bienvenu (supervisions jointes plus fréquentes), de

même qu'un échange d'informations au moins mensuel sur les résultats de supervision et autres sujets appropriés. Ces accords devraient être visés par le niveau central, pour information et appui (auprès de la direction des établissements de soins, voire la DAF en ce qui concerne la gestion).

- Au niveau des centres de santé, il paraît difficile de s'engager à grande échelle en ce qui concerne les COGES puisque leur structure est destinée à être révisée. PRISM pourrait consulter le MSP et le MATD pour définir les grandes lignes d'une approche pilote en matière de COGES (incluant les CRD), à adapter localement et à expérimenter dans différents types de centres (urbain, rural, performant, non performant). Il importe de documenter le cadre légal et fiscal dans lequel cette expérience se déroulera ainsi que l'implication des structures locales du MATD.

L'approche pourrait aussi consister dans un premier temps en une étude du potentiel et des besoins en formation des CRD en matière de gestion des CS. Une étude de cas sur la gestion des CS, avec ou sans expérimentation au niveau communautaire, serait utile au niveau central et local, à condition qu'elle comprenne des scénarios sur les prix des ME, leur approvisionnement et les tarifs (analyse sensitive). Les cas devraient correspondre aux cas de figure définis au niveau national (e.g. centre déficitaire/non déficitaire, urbain/rural etc.) pour permettre d'utiliser les résultats.

- Une fois que le projet aura actualisé les possibilités de collaboration avec les autres bailleurs de fonds et la disponibilité des ressources au niveau de l'USAID, il serait nécessaire de revisiter les priorités de manière explicite (impact statistiquement important à court terme versus équité et pérennité). Avec l'accord du MSP pour responsabiliser le niveau intermédiaire vis à vis des activités du projet, la sélection/planification des activités à développer sur le terrain devrait impliquer les IRS, DPS et une sélection représentative de CS. Quelques variations entre les régions peuvent en résulter, en fonction des besoins, motivations et perspectives de pérennisation.

## **B. IMPACT DES FORMATIONS POUR LES PERSONNELS DE SANTÉ**

L'impact des formations faites par PRISMS varie. Il est difficile à mettre en évidence au niveau des études quantitatives : moindre respect des normes et procédures en PF avec une utilisation limitée du secteur public, amélioration pour les normes de prise en charge des IST (mais la relation avec les activités de PRISM est incertaine) etc. Le transfert de la supervision des services SBC aux agents des centres de santé est une réussite: Les activités sont faites (réunions, rapports etc.) et les agents interrogés semblent motivés. Les visites de terrain suggèrent les obstacles suivants:

- les CS ne sont pas toujours dans des conditions permettant le respect des normes (équipement, médicaments parfois absents des PPSPF)

- la supervision des DPS et de PRISM est rare, aussi le suivi est-il faible, en particulier dans la région de Kankan.
- il existe une démotivation importante à tous les niveaux du système (peu de supervisions, l'approvisionnement en ME est difficile et déficient ce qui décourage les agents sur le plan de la gestion, faible de participation communautaire etc.)

Ces conclusions sont cependant partielles, en l'absence de données sur des régions témoins et compte tenu des changements dans l'environnement (environs 49 000 réfugiés dans la préfecture de Faranah).

### **C. CAPACITÉ DU PERSONNEL DU MSP POUR GÉRER LES ACTIVITÉS DE PRISM**

La capacité du personnel du MSP pour gérer les activités de PRISM s'est développée sur le plan technique, bien que les acquis soient fragiles du fait du manque d'accompagnement, excepté en ce qui concerne la gestion des SBC par les centres de santé. Le transfert des connaissances reste faible en ce qui concerne la collecte, l'utilisation et la gestion de l'information puisque PRISM travaille plutôt en isolation. Par exemple, il n'y a pas de traitement des données SBC à l'IRS. Les résultats d'IMAT et les compte-rendus écrit de supervision ne sont pas laissés dans les centres de santé. En ce qui concerne la gestion de programme et de budget, l'appui est pratiquement inexistant et donc il n'y a pas d'impact visible, sauf pour le niveau DPS/CS des SBC. Pour l'IEC, le transfert de compétences pour le développement de messages ne s'est pas effectué en raison de l'absence de personnel au niveau de l'IRS Kankan.

### **D. PÉRENNITÉ DES ACTIONS ENTREPRISES**

Par suite du faible renforcement des capacités du personnel MSP à gérer les activités PRISM, et des contraintes systémiques, la pérennité des actions entreprises au niveau local est encore douteuse.

Pour les SBC, les perspectives sont relativement encourageantes. Il reste à consolider: l'approvisionnement en SRO, la motivation à long terme des agents SBC, le financement de la supervision (suivre le transfert en appuyant la gestion), ainsi que la gestion du programme et des données au niveau régional.

Pour l'IEC, une dynamique locale a été créée avec l'organisation spontanée de discussions de groupes et des initiatives privées pour rédiger des micro-projets, ou organiser des projections. Aussi, moyennant un accès à des supports d'IEC (en particulier vidéos), il semble que ces activités puissent continuer à l'arrêt du projet. De plus, l'information acquise par les leaders religieux est un acquis important.

En ce qui concerne les connaissances techniques et la formation, le devenir des acquis reste indéterminé compte tenu du faible suivi, des contraintes systémiques et de la non-

implication des communautés dans la gestion des services (une source de motivation des agents non exploitée).

La coordination au niveau local semble avoir été initiée par l'IRS et facilitée par les ressources des différents intervenants, PRISM étant le premier sur la liste. Autrement dit, la volonté d'obtenir une bonne coordination existe indépendamment de PRISM mais les moyens de la mettre en œuvre ne sont pas institutionnalisés. Au niveau central, PRISM n'est pas perçu comme une organisation appropriée pour appuyer la coordination des bailleurs de fonds, puisque son statut est celui d'un projet géré par une ONG.

Enfin, le projet est très critiqué en ce qui concerne le recrutement de l'assistance technique. Celui-ci se fait au détriment du personnel clé des services du MSP à renforcer et dans les régions cibles du projet. Quatre cas ont été recensés. Les problèmes créés par le départ de ce personnel sont déjà visibles, par exemple, à la pharmacie régionale de Faranah ou à la DPS de Kankan.

## **E. LES EFFETS IMPRÉVUS DU PROJET**

Malheureusement les effets imprévus potentiels ou recensés ne sont généralement pas positifs:

- Absorption de personnel clé du MSP et création d'une structure parallèle
- Possible renforcement du marché parallèle de ME (non mesuré): ceci est probable du fait de la demande non satisfaite en ME ou des tarifs exorbitants pratiqués dans les structures sanitaires. Ce renforcement se fait soit par le biais d'ordonnances honorées au marché parallèle, soit par l'acquisition de produits sur le marché parallèle par le personnel soucieux de répondre à la demande (interviews des patients et prestataires).
- Manque de crédibilité du projet du aux retards accumulés et à une attitude jugée "arrogante" par certains partenaires.

Il est à espérer que l'impact moindre des activités sur l'offre de services par rapport à la demande mette en valeur l'importance des contraintes systémiques et accélère leurs prises en charge au niveau national.

## VII. CONTRAINTES

---

### A. CONTRAINTES LIÉES À L'ENVIRONNEMENT DU PROJET

Les régions ciblées par le projet se caractérisent par une pauvreté relative des familles, un manque de communication et un taux d'analphabétisme important. Le statut des femmes et les conditions sanitaire et de nutrition compliquent également les interventions.

Les événements politiques ont créé des contraintes au niveau de la gestion du personnel qui était affecté à Faranah et N'Zérékore et qui a du être muté à Kankan. Ils ont probablement aussi accru les besoins des populations, compliqué certaines interventions du projet et biaisé une partie des résultats.

### B. CONTRAINTES LIÉES À LA CONCEPTION DU PROJET

Un projet large et ambitieux a court terme rends difficile un travail en profondeur. Les indicateurs de processus pour le suivi du projet reflètent mal l'efficacité des interventions, ils poussent a réaliser toujours plus sans interroger l'effet.

Les objectifs étaient trop ambitieux du fait que le projet n'avait pas d'expérience de collaboration avec le MSP au niveau des régions et du fait des conditions critiques discutées ci-dessous. PRISM a du travailler sous pression pour obtenir des indicateurs chiffrés performants, au détriment de la collaboration et de la pérennité, dont l'importance relative a l'atteinte des trois premiers IR n'était pas clairement définie.

L'impact des conditions critiques est examiné ici selon les grands groupes définis dans le chapitre 3.1 conception du projet. La plupart des conditions critiques affecte l'offre de services et la réalisation des activités prévues sous IR1 et IR2. Il importe donc que le système de suivi d'un tel projet permette d'apprécier la progression simultanée de l'offre et de la demande. Malheureusement, les indicateurs de suivi pour l'offre de services mesurent essentiellement la réalisation des activités au lieu de refléter les changements induits sur l'offre.

#### 1. L'initiative de Bamako est viable et soutenue

Les difficultés en matière d'approvisionnement, tarification et participation communautaire réduisent l'impact des interventions au niveau des trois premiers résultats intermédiaires. L'accès physique (ME) et financier aux services sont menaces par les ruptures de stock et la surtarification.

L'appui et la pérennisation des SBC et des services de santé reproductive dépendent également d'une gestion saine au niveau des centres de santé (renouvellement du petit équipement, des médicaments, financement des outils de gestion et stratégies avancées etc.).

La disponibilité en contraceptifs est restée bonne, probablement en raison de la faible intégration des consommables PF dans le système (coûts non recouverts, approvisionnement parallèle par le projet). Par contre, le SRO illustre les limites placées par les déficiences du système sur l'extension de l'accès aux services de traitement de la diarrhée.

Les interventions ont relativement réussi en ce qui concerne la création d'une demande pour les services de PF et IST/ SIDA. Cependant, l'absence de mécanismes fonctionnels de participation communautaire pour rendre cette demande effective explique en partie la lenteur des progrès au niveau de l'offre de services. Les comités de gestion actuels sont incapables d'exiger des agents de santé une amélioration de la qualité et de la disponibilité des services (pas de mécanismes de motivation des agents de santé sous le contrôle des COGES, pas de compétences en matière d'évaluation de la qualité de l'offre de soins).

2. L'approche multi-donneurs a servi les objectifs du projet en ce qui concerne la mise en œuvre pratique des activités réalisées dans les régions

Par contre, au niveau central, aucun bailleur de fond ne semble s'intéresser de manière suivie à la question de l'approvisionnement en ME. Il ne semble pas exister de consensus sur l'importance et la stratégie de renforcement de cet élément. Il en est de même en ce qui concerne la politique de financement. Des études sont faites mais il n'existe pas encore de programme clair de réforme. Ceci suggère que l'appui des bailleurs de fonds est insuffisant quantitativement ou qualitativement pour couvrir tous les besoins à temps en ce qui concerne les déficiences majeures du système de santé.

Ceci se répercute sur le travail du projet, dans la mesure où (i) des ressources sont consommées pour pallier aux déficiences du système au niveau des régions (par exemple, assurer la distribution des contraceptifs, former les agents nouvellement mutés etc.) (ii) une partie des ressources a été réallouée pour un appui central (approvisionnement national en contraceptifs, appui aux ME etc.) (iii) les interventions n'ont pas l'impact souhaité par défaut de suivi et de motivation (supervision des DPS/IRS, gestion des équipements etc.).

L'approche multi-donneurs au niveau central est complémentaire de celle au niveau des régions. Le potentiel de l'approche multi-donneur n'est que partiellement exploité. Des fonds sont alloués au niveau intermédiaire par le MSP et ses partenaires, mais sans claire information des acteurs sur le terrain (dont PRISM). Par la suite, un appui à la gestion/supervision devient difficile. Le projet est lui-même dans cette optique de collaboration restreinte. En effet, il n'a pas fourni les coûts des formations à l'IRS de Kankan.

3. La faible motivation du personnel affecte la qualité et l'accès aux soins. L'accès est réduit par la surtarification et peut-être par la mobilisation des agents pour d'autres activités, en dehors des services de santé. La qualité attendue après les formations est moindre en l'absence de motivation pour appliquer les leçons

- appries. L'appui au niveau des DPS faiblit (supervision, approvisionnement groupes en ME de plus en plus rares).
4. L'absence de décentralisation effective conduit à solliciter l'approbation du centre pour le détail des activités conduites au niveau régional. Ceci explique le retard des activités en ce qui concerne la référence (paquet de services) ou la PCIME. L'appui à la gestion des structures périphériques (gestion financière et participation communautaire) est également retardé (voir 6.1.).

### **C. CONTRAINTES BUDGÉTAIRES ET DÉPENSES IMPRÉVUES**

Les difficultés de financement de la mission USAID en décembre 1999 sont intervenues alors que le projet avait du retard quant à la mise en œuvre de ses activités. Cependant, l'effet négatif de ces contraintes budgétaires ne peut être occulté parce qu'elles sont apparues au moment où le projet avait enfin une masse critique de personnel prêt et décidé à rattraper le retard. Avec des ressources limitées et des retards à rattraper, le projet devait accroître sa collaboration avec d'autres acteurs sans pour autant disposer de la patience requise pour travailler en équipe.

Il y a également eu des problèmes logistiques de dédouanement de véhicules. Le départ de JHPIEGO a retardé l'exécution de certaines activités sur le terrain. La grande difficulté de trouver des experts qui veulent vivre dans des zones rurales, la concurrence pour les fonds disponibles de l'AID rendent la collaboration plus difficile entre les différents projets. De plus la stratégie des bailleurs de fonds est de moins en moins localisée et il devient plus difficile de négocier sur certaines interventions comme la mise au point des maternités.



## VIII. CONCLUSIONS

---

### A. CONCEPTION ET ORGANISATION DU PROJET

Les principales forces du projet PRISM de sa conception initiale sont:

- La cohérence entre l'objectif général et le choix des résultats intermédiaires, l'énoncé de certaines conditions critiques pertinentes, la sélection de stratégies et thèmes appropriés pour guider le développement des activités.
- Ces points forts menaient à des approches qui demeurent valides telles que : l'accent mis sur la décentralisation, avec un enracinement du projet au niveau régional ; l'approche communautaire (SBC) qui permet la pérennisation et qui renforce les succès antérieurs de l'USAID (projet FAMPOP) et l'approche intégrée SMI / PF. L'appui des niveaux locaux et régionaux était et reste toujours valide. Même si le MSP demeure centralisé, l'insertion d'un projet de la taille de PRISM au niveau régional peut être un élément permettant de créer une dynamique de décentralisation. Des partenariats et la coordination peut également se faire au niveau local et régional. C'est ce que fait le projet avec un succès appréciable dans les différents comités régionaux de gestion et de qualité (CORASAR, ERCOSAR) et dans les comités régionaux et préfectoraux d'IEC. L'approche de PRISM contribue à la politique de décentralisation du MSP puisque l'appui est dirigé vers la périphérie, et essentiellement au niveau des centres de santé. Cet appui porte sur le développement de capacités au niveau des centres de santé qui demeurent la pierre angulaire de la décentralisation en Guinée. Le développement des compétences au niveau intermédiaire en ce qui concerne la formation, la supervision et la gestion des ME appuie également la politique de décentralisation du MSP. Les capacités régionales sont accrues par la présence du projet et la mise en œuvre aurait pu s'organiser localement. La pérennité des interventions devait être déterminée par la capacité de PRISM et de ses partenaires régionaux du MSP à démontrer le succès des interventions menées.
- Après analyse de la situation, et selon la connaissance de la Guinée qu'avaient les soumissionnaires, il avait été décidé de n'avoir qu'un simple bureau de liaison à Conakry, ce qui était pertinent. L'organisation d'un projet, avec tous les responsables sur le terrain, près du niveau opérationnel était une très bonne idée.

Les faiblesses au niveau de la conception et de l'organisation initiales sont :

- Les approches proposées manquent souvent de réflexion sur la réalité locale. L'argumentation est trop appuyée sur l'expérience de MSH dans d'autres pays et les conditions critiques sont incomplètement considérées : les problèmes de motivation du personnel et le degré de décentralisation effective n'ont pas été

examinés. Il n'y avait pas de mécanisme pour le suivi des conditions critiques et de priorités spécifiée pour guider la prise de décision en cas de non respect de ces conditions.

Un examen complet des conditions critiques aurait prédit un développement de l'offre de services plus lent et laborieux que celui de la demande. Il n'y a pas eu suffisamment de réflexion sur les moyens de créer une demande efficace pour les services (imputabilité ou « accountability ») et sur la motivation des personnels. Ceci est aussi lié à l'Initiative de Bamako dans sa dimension gestion communautaire. La demande créée au niveau individuel n'a qu'un faible potentiel pour être efficace, compte tenu du fait que les prestataires publics sont souvent en situation de monopole. Le pouvoir est entre les mains du personnel médical qui détient l'expertise. Les usagers qui n'ont pas le choix du prestataire ne peuvent lui manifester directement leurs frustrations éventuelles. Ils ne peuvent pas fréquenter une autre structure ou utiliser des canaux de participation communautaire (COGES) pour obtenir un meilleur accès ou une meilleure qualité de services.

- Le projet a été trop ambitieux dès le début du point de vue de son étendue géographique. Il aurait mieux valu prévoir une intervention sur une région, avec une extension éventuelle en fonction de l'expérience acquise. Il existe aussi une incompatibilité partielle entre certains objectifs et les priorités n'ont pas été formulées explicitement. Certains objectifs ne peuvent être atteints qu'au détriment d'autres. L'atteinte de résultats au niveau des prestations de service dans les régions et à court terme, peut nécessiter de renoncer à certains aspects de la pérennisation, de la collaboration ou de l'intégration.
- le suivi du projet repose essentiellement sur des indicateurs de mis en oeuvre des activités. Il y a trop peu d'indicateurs d'amélioration de l'offre de services, ce qui ne correspond pas à une approche « contrat de performance ». Le système actuel de suivi, bien que complexe, ne permet pas d'apprécier les progrès simultanés de l'offre et de la demande. Il n'y a pas de suivi de la qualité et de la fréquence de l'IEC au niveau des prestataires. Le suivi financier ne permet pas non plus d'évaluer la performance et d'informer le MSP sur les coûts des interventions.

### **Evolution du projet**

Ces faiblesses dans la conception initiale du projet, ajoutées au respect partiel des conditions critiques, aux difficultés internes de PRISM dans la gestion du personnel et aux changements dans l'environnement général du projet on induit des distorsions dans la mise en oeuvre des activités et dans l'organisation du projet.

Si les stratégies et thèmes initialement proposés demeuraient valides, la manière de les mettre en oeuvre n'était pas toujours appropriée. L'organisation du projet n'est pas non plus conforme aux choix initiaux

D'une part, le projet a répondu aux contraintes systémiques par des interventions ciblant le niveau central (ME), bien qu'il n'en ait pas la capacité et le mandat. D'autre part, la

réponse de PRISM à l'absence de décentralisation effective au niveau intermédiaire n'a pas mis en place des conditions favorables pour faciliter cette décentralisation au niveau central et régional. Le projet a simplement cherché l'approbation du centre sur le détail de ses activités aux dépens de l'appui aux régions. Ceci explique en partie la migration de l'assistance technique à Conakry.

Les retards accumulés (gestion du personnel au début du projet, retards liés à la recherche d'une approbation centrale) et les contraintes financières (non dédouanement des véhicules, difficultés au niveau de l'USAID) expliquent sans doute une certaine précipitation dans le déroulement des activités en fin de projet. Les conséquences incluent développement privilégié des structures les plus fonctionnelles (sélection des centres PRISM +), des relations critiquées avec les partenaires sur le terrain (internationaux et MSP), la persistance du manque de considération pour les connaissances et l'expérience acquise en Guinée et une faiblesse dans le suivi des formations.

Au niveau de la mise en oeuvre des stratégies et thèmes, la distribution à base communautaire (voir ci-dessous IR1), l'IEC (voir ci-dessous IR3) et la recherche opérationnelle sont des succès (en partie pour l'IEC car quelques études reflètent une exploitation limitée de la littérature et des connaissances existantes).

Les principales faiblesses constatées, par rapport à l'approche initialement prévue, sont manifestes dans les retards ou erreurs dans la manière de mettre en oeuvre les autres stratégies et thèmes : Penser au niveau régional et agir localement ; Visibilité rapide, crédibilité précoce ; Activités parallèles au niveau national ; Renforcement du système de référence ; Gestion des centres de santé ; Renforcement des liens et de la coordination ; Formation ; Logistique et approvisionnement en médicaments.

Les erreurs dans la manière de faire sont déduites des constats ci-dessous :

1. La plupart des visites de terrain menées par le projet n'impliquent ni la DPS ni l'IRS. Dans toutes les DPS visitées, les relations avec PRISM sont limitées voire difficiles. Au niveau de PRISM, la perception est différente. Ceci suggère un problème de communication et de "savoir être". Les formations ont eu un impact limité dû à un faible suivi sur le terrain. En matière de suivi, l'essentiel des efforts se concentre sur la compilation de statistiques ou la collecte de données par enquête : ceci est une approche d'expert, très lointaine de celle du praticien. Elle ne génère pas des conditions optimales pour la collaboration et le transfert de connaissances. Aussi, il ne faut pas en abuser.

Une plus grande implication de personnel polyvalent sur le terrain du côté de PRISM et du personnel des IRS/DPS dans la prise de décisions aurait permis d'améliorer la compréhension des réalités locales pour PRISM et renforcé la motivation du personnel du MSP. La coordination serait meilleure et l'impact du projet sur le renforcement institutionnel plus fort, si le projet était basé dans les mêmes locaux que les IRS. Le cas

de Faranah comparé à celui de Kankan démontre combien cette proximité est importante pour la coordination et la collaboration.

2. Le projet a perdu beaucoup de temps pour trouver un consensus avec le MSP et les autres partenaires sur les détails de mise en œuvre de stratégies et d'activités qui, dans le cadre de la décentralisation, devraient pouvoir être décidés au niveau local. De plus, l'appui donné au niveau central est insuffisant pour réellement servir au niveau national. L'assistance technique au niveau de l'approvisionnement en ME a peu de chances de réussir car un effort majeur (voire multi-donneur) est nécessaire.

Au niveau de l'organisation du projet, les distorsions induites sont les suivantes :

Le projet prend une allure très bureaucratique et hiérarchisée, ce qui n'est pas un facteur de performance : long délais dans la prise de décisions, manque de vision et de positionnement/évaluation des interventions respectives pour les personnels techniques au niveau inférieur, inflation de la surface des locaux et des ressources consacrées au fonctionnement de la structure. Cette inflation de structure est un problème important puisque cela génère une administration parallèle. Ceci altère les relations avec les partenaires du MSP sur le terrain, en particulier avec l'IRS et la DPS.

La mission d'évaluation a constaté une faiblesse de leadership dans le projet et un défaut d'intégration aux structures locales du MSP. On devrait avoir une différenciation au niveau supérieur du projet (experts) et une intégration au niveau opérationnel (personnel polyvalent) alors que pour le moment tout le personnel du projet est expert en un domaine particulier. Des délais importants dans la prise de décisions et l'absence de vision reflètent l'aspect hiérarchique et la localisation inappropriée des responsables du projet à Conakry (chef de projet, suivi-évaluation, finance). On constate une mauvaise communication et circulation de l'information entre PRISM et ses partenaires ainsi qu'à l'intérieur même de PRISM. L'appui au niveau central du MSP n'a pas besoin d'être fait par le chef du projet, mais par un spécialiste technique de santé publique connaissant bien l'ensemble du projet et le système de santé guinéen (développement d'une vision).

La conception du projet et l'organisation souhaitables à ce jour pour les 18 mois à venir sont discutés au chapitre recommandations.

## **B. MISE EN ŒUVRE DES ACTIVITÉS**

Durant la mise en œuvre des activités, les points forts sont les suivants :

*IRI : Accès*

- La distribution à base communautaire est un succès du projet tant au niveau de la crédibilité de PRISM au niveau national que de la génération d'une demande au niveau communautaire. La stratégie de mise en œuvre des SBC est appropriée: la pérennité s'est améliorée avec la légitimité des agents communautaires et l'implication du MSP (CS et DPS) dans le suivi.
- Les CS ont été intégrés en PF/IST/SIDA
- Le Guide de gestion des ME est apprécié au niveau national, L'IMAT est inséré dans ce guide
- Aucune intervention n'a pu être effectuée à l'échelle régionale pour renforcer les comités de gestion (COGES). Ceci est justifié puisque des projets de réforme sont en cours. L'appui aux comités de gestion et à la gestion financière ne peut être effectué à grande échelle dans le contexte actuel (perspectives de changement dans la composition et le rôle des COGES). Cependant, puisque ces projets sont discutés depuis longtemps, PRISM aurait du saisir l'opportunité de développer quelques expériences pilotes en mettant en avant la disponibilité d'experts et en proposant une assistance technique à court terme appropriée (e.g. avec des compétences dans les domaines de la décentralisation/science politique/finance publique plutôt qu'en participation communautaire). Ceci est justifié par la taille des sous-préfectures qui englobent une multitude de communautés et les projets d'implication des élus locaux.

### ***IR2 : Qualité***

- Les curricula et sessions de formation en gestion d'équipe ont été fortement appréciées tant au niveau national que local. Les interviews reportent quelques changements de comportement au niveau de certains responsables. Au niveau de quelques préfectures, il existe même une demande pour que la formation soit appliquée au niveau central. Cependant, l'impact au niveau des centres de santé reste à confirmer.
- La diffusion des Normes et procédures amélioré la qualité des services et de la supervision (IST). De nombreux agents ont été formés en PF/IST/SIDA.
- L'implication des niveaux intermédiaires par la formation de formateurs permet de pérenniser et de répliquer les formations.
- Le renforcement du SIG et du SIS a tous les niveaux améliore le rapportage.

### ***IR3 : IEC***

- les activités d'IEC ont réussi à améliorer les connaissances et les attitudes ainsi que la demande de services PF/IST-SIDA dans la population générale.
- Ces résultats reflètent une transition bien gérée entre les activités de PRISM et celles de ses prédécesseurs, une bonne coordination et une utilisation de multiple canaux et supports synergiques.

#### ***IR4 : Coordination***

- En dépit de certaines erreurs de coordination, des activités du projet ont bénéficié de l'appui des autres bailleurs de fonds (DED, GTZ, projet sida2). PRISM travaille à la coordination au niveau régional. Le plus grand succès est la création des groupes régionaux de travail à mettre au crédit du projet, même si cela était un souhait préalable de certains responsables de l'Inspection régionale.
- Au niveau national, PRISM participe effectivement à des réunions, au même titre que les autres intervenants, mais ne joue pas de rôle catalyseur. Il existe effectivement des échanges entre certains services du MSP et des membres du projet.

Les points faibles concernant la mise en œuvre des activités sont :

#### ***IR1 :***

- Le projet a des difficultés à assurer la présence des équipements et consommables nécessaires aux activités à renforcer, en dépit des formations en gestion et en relation avec les faiblesses systémiques. Les centres PPSPF visités (4) ne satisfont pas tous les critères, bien qu'il s'agisse de centres relativement fonctionnels initialement. Le plus souvent ceci est dû à un retard dans la livraison des équipements ou des ME pour les IST, mais il y a aussi des problèmes de compétences et des retards (voir IR2).
- La définition initiale du paquet de services a permis d'identifier des interventions en accord avec le MSP, mais sans considérer d'emblée l'avis des autres partenaires du MOH (bailleur de fonds et ONGs). En outre, cette approche est purement médicale et l'opportunité de définir les objectifs à long terme, les priorités à court terme et les règles de financement n'a pas été saisie (puisque le coût du paquet n'a pas été estimé). Finalement, le projet semble ne pas maîtriser le processus de définition des politiques nationales, puisqu'il y a confusion entre approbation technique et approbation par le cabinet et une faiblesse de l'appui à la décentralisation.
- Les capacités de gestion des DPS et CS ainsi que la participation communautaire n'ont pas vraiment été renforcées (défaut d'intégration/collaboration avec le MSP, conditions critiques non considérées/validées, recherche opérationnelle non

adaptée). L'appui à la supervision et la gestion des DPS étant faible durant la période évaluée, la réplique des PPSPF, après le départ du projet est douteuse (d'autant plus que ces centres ne sont pas représentatifs).

**IR2 :**

- Certaines activités sont en retard, en particulier les formations en maternité sans risque et PCIME (validation du MSP, changements de personnel de PRISM etc.)
- Les formations en santé de la reproduction ne sont pas toujours assimilées, parfois par manque de compétences des formateurs, mais le plus souvent par défaut de suivi (supervision facilitative et coordonnée rare, indicateurs manquant pour l'IEC faite dans les CS). Les connaissances nouvelles ne sont parfois pas appliquées et oubliées en raison de l'absence d'équipement ou consommables pour la mise en pratique des acquis.

**IR3 :**

- Retards liés aux révisions attendues des Normes et procédures pour la communication inter-personnelle.
- Financement de la coordination IEC dépendant des projets

**IR4 :**

- les activités de coordination sont dépendantes du financement alloué par les intervenants
- les faiblesses de la coordination avec le MSP et les autres intervenants sont discutées ci-dessus avec les distorsions induites par la conception du projet (coordination avec le centre qui ne facilite pas la décentralisation et retarde la mise en oeuvre des activités, projet peu à l'écoute des partenaires).

En somme, les difficultés sont plus fréquentes au niveau de l'offre de service : ces activités dépendent des conditions critiques liées au système de santé. Les activités menées avec succès sont celles qui en sont peu dépendantes (IEC excepté communication interpersonnelle) et celles où le projet construisait sur une expérience ou une demande précise antérieure du MSP (Normes et Procédures en SR, SBC, coordination régionale). Puisque les objectifs du projet sont compatibles avec ceux du MSP, il semble important de revoir les conditions critiques et de négocier sur des bases précises les améliorations du système et/ou les mesures compensatoires et transitoires nécessaires à la mise en oeuvre des activités dans les régions



## **IX. RECOMMANDATIONS**

---

### **A. CONCEPTION DU PROJET**

#### **Conditions critiques et choix stratégiques**

Des choix stratégiques explicites sont nécessaires, compte tenu des ressources limitées du projet et de la demande d'appui supplémentaire résultant des contraintes systémiques (approvisionnement en ME etc.). En particulier, l'USAID devrait faire un choix clair entre l'atteinte rapide d'objectifs quantifiables relativement ambitieux et l'assurance de la pérennité des actions entreprises.

Compte tenu de l'insécurité en région forestière, ces recommandations sont fondées sur l'hypothèse d'un arrêt des activités du projet pour les 18 mois restants dans cette région. Les conditions critiques à prendre en compte sont celles listées au niveau des conclusions. Elles peuvent être déclinées comme suit :

<b>Condition critique</b>		<b>Hypothèse a court terme (present-2002)</b>	<b>Hypothèses a moyen terme (2002-2005)</b>	<b>Actions jugées possibles a court terme</b>
Initiative de Bamako viable et encouragée	Gestion communautaire effective	Expériences pilotes semblent nécessaires. Pas de grand changement	Programme et modalités définis au niveau national, début de mise en place	Expérience pilote, surtout si les priorités de l'USAID après 2002 incluent l'utilisation des services de santé et la gouvernance
	ME a prix abordables disponibles	Pas de grand changement	Mise en place d'une dynamique de réforme de l'approvisionnement, appuyée par un consortium multi-donneurs	Approvisionnement parallèle et/ou sécurisation de quelques molécules cibles (après réduction du spectre des services a renforcer ?) pour les régions cibles (autres partenaires, contrat avec le MSP/cellule ME/PCG)
	Tarification appropriée	Changements mineurs possibles, probablement pas de révision de fond	Existence d'une politique claire de financement (coût du paquet de services estimé, allocations des dépenses et revenus définie, tarification révisée), Expertise en économie de la santé et en matière de réformes renforcée au MSP.	Négociation de dotations initiales ou de subventions (a la somme a budgétiser) pour reconstituer un fonds de roulement des CS permettant l'achat des molécules cibles Sécuriser la part du fonds de roulement destinée au rachat des produits cibles pour lesquels une demande est crée et/ou une dotation effectuée(contrats avec les DPS et CS) Sensibilisation des agents de santé, éducation des patients sur les tarifs (radio), +/- mécanismes transitoires de contrôle (ex : collecte des cas de surtarifications par les CRD pour en discuter avec le personnel)?

Motivation du personnel	Pas de changements majeurs	Plan d'action défini, influence des organes de participation communautaire	Supervision jointe & intégrée renforcée Participation accrue à la prise de décision (responsabilisation) Logos et promotion radio Contrats avec PRISM pour les formations etc. Recherche opérationnelle
Décentralisation au niveau intermédiaire	Accord de principe pour une phase d'expérimentation/ préparation a travers le projet	Consensus sur la distribution de l'autorité et des responsabilités, Mise en place de régulations et procédures, début de mise en œuvre	Responsabilité du projet à partager entre les régions et le centre de manière explicite (+/- assister le centre à définir ses zones de contrôle prioritaires et mécanismes de suivi) Assister les régions dans la production d'information nécessaire au centre et a la prise de décision locale, appuyer les contributions locales a la politique nationale, créer un climat de transparence réciproque, assurer la participation régionale et préfectorale au pilotage du projet

Au niveau de la conception du projet, les quatre résultats intermédiaires ne sont pas à changer. Il importe cependant de prendre position sur la question de la pérennité et de l'intégration des services.

L'hypothèse émise ici est que la pérennité en matière d'Initiative de Bamako ne peut être un objectif raisonnable pour le projet, compte tenu de son orientation périphérique et du peu de temps restant. Les seules contributions envisageable dans ce domaine sont la réalisation d'expériences pilotes ou d'études de la participation communautaire/gestion des CS.

Les difficultés d'approvisionnement en ME et la faible capacité d'absorption du système ne permettent pas une intégration effective (et rapide) des services. Etant donné le type d'actions à court terme possibles, il faudrait limiter le spectre de services à renforcer (et donc l'intégration), si le projet ne peut sécuriser qu'un nombre restreint de produits. Les choix devraient alors se faire entre la PCIME, les IST/SIDA, et la santé maternelle.

Ces choix sont discutés ci-dessous, mais il est fortement recommandé que les décisions finales soient prises au niveau des régions, avec la participation des partenaires, des DPS et des CS (par exemple, 1 CS urbain par Préfecture et 2 CS ruraux, dont au moins un déficitaire).

Un tel exercice doit être préparé :

Il importe avant tout de consulter l'USAID sur les projets à venir, afin de ne pas renoncer à des interventions intégrées si un appui à plus long terme est possible. PRISM devrait fournir des estimations de coûts par volet de services à renforcer<sup>2</sup> et solliciter des structures du MSP des informations pertinentes : données de monitoring avec budgets des centres, disponibilités en ME sur les deux dernières années, ressources disponibles pour la supervision des DPS, population à couvrir par les SBC. etc. PRISM devrait aussi préparer une liste de contraintes en matière d'allocation des dépenses pour le projet : enveloppes disponibles pour les activités, pourcentage des ressources pouvant être allouées à certaines lignes budgétaires (équipement, fonctionnement, etc.) et dépenses non autorisées par l'USAID.

Il faudra aussi faire une brève revue des priorités du MSP, des services sélectionnés conjointement par le MSP et l'USAID pour le projet ainsi que des opportunités (autres intervenants, formations nationales etc.). En fin d'année 2000 certains bailleurs de fonds se retirent au niveau des régions (DED, GTZ ?). Malheureusement, l'USAID reste un des rares acteurs intervenant dans une zone géographique délimitée. Il importe de mettre à jour les possibilités de collaboration dans les régions cibles afin d'apprécier les contributions potentielles pour la mise en œuvre des activités du projet PRISM. Les contreparties attendues par les partenaires et le calendrier des interventions respectives doivent être discutés en détail.

Cet exercice de planification participative se justifie à plusieurs niveaux : il permettra au projet d'initier une nouvelle façon de travailler plus collaborative, il permettra une meilleure responsabilisation des agents du MSP (motivation), les choix seront faits avec une bonne connaissance des contraintes et les objectifs quantitatifs seront réalistes. Enfin, cet exercice prépare à la décentralisation puisqu'il s'agit de déterminer des priorités à partir de l'analyse des données existantes dans un cadre défini (e.g. les activités initialement prévues). Le personnel du MSP pourra ainsi connaître les contraintes dans lesquelles PRISM travaille et réciproquement. Un tel exercice est susceptible d'améliorer la participation du MSP sur différents niveaux, y compris la recherche de solutions aux contraintes matérielles. Les questions litigieuses pourront être soumises à l'USAID par le projet et au MSP par les IRS.

Le choix des services à renforcer devrait donc être fait localement. A titre indicatif, certains éléments de décision sont listés ci-dessous :

Les services SBC sont un succès et il apparaît raisonnable de poursuivre leur extension géographique tout en veillant à la pérennité de l'appui communautaire et du suivi au

---

<sup>2</sup> Ces coûts n'ont pu être identifiés à partir de la nomenclature comptable du projet

niveau régional (compilation des données par les IRS). L'addition de nouveaux produits ne devrait être envisagée que si l'approvisionnement en est assuré et s'il n'y a pas de résistance majeure au niveau du MSP.

Pour les IST, un partenaire est déjà identifié pour des dotations initiales en ME. Il conviendrait donc de dynamiser ce partenariat et de poursuivre en équipe avec les DPS/IRS.

Pour la santé maternelle, les molécules nécessaires au niveau des CS ne sont pas nombreuses et souvent disponibles. La référence peut être renforcée au niveau des AC et par un simple appui technique ciblé, au niveau des maternités préfectorales. En effet, les hôpitaux ont un budget financé par l'UE (à partir de septembre 2001) et par la BAD pour les infrastructures. Il existe une demande du MSP pour un appui technique sur les maternités préfectorales (Direction des Etablissements de Soins). L'hôpital de Dabola reçoit une assistance technique à la gestion de la Coopération Française via l'ONG ACAUPED. Cet appui technique doit être négocié entre l'hôpital, la DPS et PRISM : tarifs respectés et financement des équipements par l'hôpital contre assistance technique, publicité, appui au transport pour la référence par des mutuelles. Un contrat doit être établi et transmis à la Direction de la SR et des Etablissements de Soins (cette dernière suit les budgets des hôpitaux). Il apparaît donc raisonnable de poursuivre cette option.

En ce qui concerne la PCIME, bien que le projet soit impatient de démarrer les activités, il existe une opportunité de formation au niveau national. De plus, une décision nationale est nécessaire quant à la facturation des diagnostics multiples. Les acquis des formations risquent fort de ne pas être appliqués en ce qui concerne l'approche intégrée. Si les agents de santé ne reçoivent pas de directives claires, ils seront tentés de surfacturer les diagnostics multiples à l'excès, réduisant ainsi l'utilisation des services. A l'inverse, ils peuvent volontairement ignorer les diagnostics associés lorsque les coûts des traitements ne sont pas recouvrables. Enfin, la disponibilité de molécules pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant n'est pas clairement assurée (les options pour sécuriser l'approvisionnement en ME pour la survie de l'enfant restent à explorer, ainsi que les coûts de dotations éventuelles pour accroître les fonds de roulement des CS). Il semble donc que ce volet soit le plus facile à supprimer si les contraintes budgétaires et systémiques ne sont pas contournables. Le projet devrait cependant conserver son activité pour ce qui est du traitement de la diarrhée, en effet, le SRO est demandé au niveau des SBC, et il existe un accord informel sur le prix de recouvrement du SRO (200FG). Il faudrait améliorer les fonds de roulement des AC et des CS pour en garantir la disponibilité. Si l'approvisionnement fait défaut au niveau central, des préparations locales par les AC pourraient être considérées. Enfin, une fois la formation PCIME faite au niveau national, le projet peut toujours renforcer la supervision de ces activités.

Les stratégies et thèmes initialement proposés demeurent valides. Ils doivent être appliqués mais en prenant en compte le peu de temps restant, les conditions critiques et les améliorations souhaitables dans la manière de faire.

Penser au niveau régional et agir localement et activités parallèles au niveau national sont deux stratégies importantes à appliquer, mais ceci doit se faire dans le but de faciliter la décentralisation. L'appui en périphérie est à accentuer, en fonction des modalités définies avec les niveaux impliqués du MSP (centre, IRS, DPS).

L'appui au niveau central doit être axé sur l'émancipation des régions et des DPS en matière de planification des interventions. La pérennisation doit s'appuyer sur des succès démontrés dans les régions plutôt que sur l'adoption des stratégies PRISM, à priori, au niveau national. L'appui au niveau central devrait se limiter à vérifier avec le MSP la compatibilité entre les activités du projet et la politique du MSP. Il faut appuyer les intentions de décentralisation du MSP et ne pas chercher à obtenir l'approbation du détail des stratégies proposées par PRISM. Cet appui devrait également aider à définir un nombre restreint d'indicateurs de suivi du projet par le MSP. Ces indicateurs doivent refléter l'atteinte des objectifs et de respect des principes devant guider la prise de décision locale, conformément aux priorités du MSP. Les modalités de suivi de la gestion régionale et préfectorale, dans le cadre des activités liées au projet et en appui à la décentralisation devraient aussi être définies. Les recommandations concernant l'approche en matière d'assistance technique (« savoir être ») et l'organisation du projet seront décrites ultérieurement. Le projet devrait aussi inviter régulièrement ses interlocuteurs du MSP à visiter les régions.

L'approche visibilité rapide crédibilité précoce, reposant sur les centres PRISM + est un peu moins valide du fait du peu de temps restant et des difficultés de mise en oeuvre. L'approche PRISM base et PRISM plus n'est pas satisfaisante. Elle devrait être abandonnée sauf si l'USAID prévoit déjà un autre projet similaire dans les mêmes régions. Le cas échéant, le spectre de services devrait être sensiblement réduit. La sélection des centres PRISM plus ne se prête pas à répliation puisqu'ils s'agit de centres initialement fonctionnels. L'appui aux DPS (supervision) est insuffisant pour assurer une répliation. Enfin, si les centres doivent être motivés pour atteindre le niveau PRISM +, beaucoup n'y parviendront pas, pour des raisons indépendantes des efforts fournis localement. Compte tenu du peu de temps restant au projet, il serait judicieux de mettre tous les CS à niveau en ce qui concerne la PF, la santé maternelle et les IST/SIDA, mais à leur rythme (les faire participer à l'identification des besoins et la planification). Ainsi, il y aura une masse critique de centres compétents dans chaque préfecture, suffisante pour motiver les DPS à en assurer le bon fonctionnement. Il serait souhaitable de renforcer la publicité autour du logo SR.

La visibilité des activités de PRISM doit s'obtenir à partir des activités réalisées dans les régions (indépendamment de l'adoption nationale), mais elle ne dépend pas exclusivement du développement de centres PRISM +. Une meilleure collaboration et un appui adapté aux structures intermédiaires du MSP pour un suivi performant des formations, permettront d'obtenir de meilleurs résultats dans les CS. Ces résultats de cette bonne collaboration seront ensuite vraisemblablement communiqués avec fierté par le niveau intermédiaire.

L'approche pilote (y compris l'approche PRISM plus) et la recherche opérationnelle, ne sont justifiable que s'il existe un besoin pressant d'informer la politique du MSP ou des opportunités d'utiliser les résultats sur le long terme (par exemple, documenter les effets des faiblesses systémiques sur la performance des CS et les solutions possibles concernant la motivation des agents, déterminer les coûts de mise en oeuvre d'éléments du paquet de service, proposer des approches pour renforcer la décentralisation et les prestations de services etc.). La réplication d'une expérience pilote ne se fera pas dans le cadre de ce projet faute de temps donc les seules justification pour une approche pilote sont (i) le besoin exprimé par le niveau national puisque les leçons apprises auront alors des chances de servir et d'être répliquées (ii) une décision ferme de l'USAID de poursuivre des activités pour suivre les expérience pilotes à plus long terme.

Aussi est-il déconseillé de poursuivre l'approche PRISM + sauf si le projet est reconduit au-delà de 2002. Par contre, il faudrait rapidement explorer la maturité des intentions de reformes des COGES et les possibilités de collaboration entre PRISM, le MSP et le MATD (dans le cadre de l'appui à la gestion des centres de santé). Si une approche pilote est décidée, il importe de sélectionner les centres de manière à produire une information utile à la réplication : il ne faut pas se contenter des centres qui fonctionnent le mieux et/ou des sous-préfectures avec un capital social élevé. Il devrait être possible de documenter en 18 mois, les grandes lignes de l'approche communautaire testée, si et seulement si, la demande au niveau national est forte et la collaboration viable. Un consensus sur l'approche à adopter à titre pilote devrait être obtenu en 3 mois. Cette étape initiale peut servir de test pour décider du lancement d'une telle activité. Il faudra obtenir une assistance technique à court terme capable de documenter le débat et de gérer un atelier impliquant les niveaux centraux, les DPS/IRS/DMR/Secrétaire Généraux de Préfecture concernés et autres experts (quelques agents de CS, organisations expérimentées en participation communautaire etc.).

L'expérience pilote pour la délivrance des contraceptifs sans prescription au niveau communautaire ne devrait pas être tentée si un approvisionnement national fiable en contraceptifs n'est pas assuré à long terme, par les bailleurs de fonds ou les nationaux. Si les contraceptifs sont disponibles à long terme, il faudrait aussi s'engager à suivre cette expérience pilote au-delà de 18 mois (2-3 ans).

La recherche opérationnelle doit en outre s'appuyer plus sur la littérature et les connaissances existantes dans le pays et ne pas se substituer aux efforts de développement du système d'information de routine (y compris la collecte de données lors de supervisions).

L'IEC demeure un thème pertinent, l'effort est a poursuivre pour que les changements de comportements soient effectifs : il faut insister sur la communication inter-personnelle et pallier au manque de motivation du personnel en créant une demande pour des services de qualité (informer les clients sur ce qu'ils devraient trouver dans les CS, y compris le logo SR).

La formations est toujours un thème valide. D'une manière générale, les activités à prévoir sur les 18 mois restants devraient s'axer en priorité sur la consolidation et l'amélioration des acquis et le transfert des connaissances aux niveau intermédiaire. Ceci se justifie d'une part par le peu de temps restant au projet (de nouvelles activités de dernière minute seront mal assimilées) et d'autre part par la faible capacité d'absorption du système de santé. La formation de personnel devrait plutôt utiliser des systèmes de communication radio que les médias. Ces derniers, du fait de leur large audience, devraient plutôt supporter l'éducation des clients sur la qualité des services et les tarifs.

Le projet devrait faire un effort dans le domaine de la collaboration avec les structures régionales et préfectorales du MSP pour partager les coûts de transports pour la supervision et les ME, assurer le suivi et la pérennité des compétences acquises lors des formations et restaurer la crédibilité de PRISM en tant que membre d'une équipe.

L'appui à la référence demeure important, il peut et doit se faire rapidement, au moins en ce qui concerne la maternité sans risques, avec un appui négocié aux hôpitaux de districts.

En ce qui concerne le renforcement des liens et de la coordination, les objectifs quantitatifs du projet devraient être revus à la baisse afin de permettre au projet de fonctionner en bonne collaboration avec les structures régionales du MSP et avec ses partenaires.

La manière de concevoir la collaboration avec le MSP et les partenaires dépends en partie de l'organisation du projet telle que décrite ci-dessous. La qualité médiocre des relations avec les partenaires et certains échecs du projet mettent en évidence le besoin de reconsidérer l'approche de PRISM en matière d'assistance technique. L'élément de base est philosophique. Il s'agit d'accepter l'idée que tout le monde est expert en quelque chose, même si les perspectives et langages diffèrent. Il peut être utile d'effectuer un exercice qui consiste simplement à lister ensemble les contributions potentielles de chaque partie au bon fonctionnement du système de santé, depuis l'USAID et le MSP jusqu'aux usagers. Il faut aussi étudier plus en détail le contexte guinéen. Ceci permettrait de comprendre que le consumérisme n'est que naissant, d'où l'attrance limitée, voire la méfiance pour ce qui semble nouveau. Enfin, de nombreux projets ont déjà effectué des expériences pilotes. Il est vrai que la documentation n'est pas facilement accessible, mais un bon moyen de retrouver l'information est de dialoguer avec des acteurs présents au MSP depuis longtemps (anciens responsables SMI etc.). Si l'on reconnaît l'expertise locale et le caractère marqué du pays, il devient évident que des compromis sont nécessaires pour l'adoption de nouveaux produits (COPE, PCIME, IMAT etc.). L'attitude supérieure est une impasse. Elle empêche la décentralisation, puisqu'elle signale un élément incontrôlable alors qu'une difficulté majeure rencontrée par les ministères de la santé qui décentralisent est l'identification de moyens de suivi et d'influence sur le niveau périphérique qui préservent les choix faits localement (e.g. comment évaluer et guider le système de santé sans pour autant actionner toutes les manettes soi-même?). Il importe donc que le projet s'attache à valoriser l'expertise qui existe à tous les niveaux du système plutôt que de mettre en avant PRISM et de s'approprier les progrès. Il faut

aussi que ce choix difficile soit accepté au niveau de l'USAID. En pratique, si une responsabilité substantielle du suivi du projet est confiée aux IRS et DPS, et si le projet est planifié localement, des bases plus saines seront créées (voir recommandations sur la décentralisation au paragraphe 6.1).

### **Organisation du projet**

Les recommandations découlent d'une part des conditions nécessaires à une approche décentralisée et d'autre part des conclusions de l'évaluation concernant l'organisation.

#### Structure

Le chef du projet devrait se trouver à Kankan pour renforcer une vision commune du projet et assurer une prise de décision plus rapide. Le responsable de monitoring et évaluation devrait se trouver à Kankan pour permettre aux coordinateurs de suivre l'évolution de leurs résultats et de s'adapter en fonction de ces résultats. L'informaticien devrait être basé à Kankan pour assurer la formation et la mise en place d'un système informatique performant au niveau des IRS et des DPS<sup>3</sup>.

L'assistance technique à temps partiel d'un spécialiste de santé publique, est nécessaire à Conakry. Ceci pour suivre les changements dans l'environnement et la politique du MSP, clarifier et renforcer les informations et suggestions transmises par les IRS (au besoin), compléter la coordination effectuée localement avec les autres intervenants et le MSP, et sécuriser l'approvisionnement et la distribution des molécules cibles.

Le nombre d'experts techniques devrait être réduit à trois et ils devraient être placés dans les bureaux des IRS. Les autres coordinateurs devraient être répartis dans les préfectures et développer des capacités polyvalentes. Par exemple, ils pourraient être relocalisés dans deux préfectures particulièrement éloignées qui ne bénéficient pas du support d'autres ONG. Le projet devrait revoir l'ensemble des postes et sélectionner les coordinateurs et les membres du personnel vraiment essentiels au déroulement du projet en tenant compte du nouveau contexte d'intégration au sein du MSP. La disponibilité du personnel de PRIMS pour les activités de suivi devrait être augmentée, en relation avec une réduction des enquêtes et du nombre d'indicateurs requis pour le suivi du projet.

#### Suivi du projet

Il faudrait sélectionner trois ou quatre indicateurs par Résultat Intermédiaire qui soient plus proches des objectifs que ceux utilisés actuellement pour les IR1, IR2 et IR4. Ces indicateurs devraient être fiables, valides, répliquables et objectivement vérifiables, ils doivent permettre d'apprécier le développement harmonieux de l'offre de services et de la demande.

---

<sup>3</sup> Considérer l'alimentation 12V par batterie de camion et/ou l'énergie solaire pour le fonctionnement d'ordinateurs portables, la ou l'électricité fait défaut.

Certains de ces indicateurs pourraient être collectés lors des supervisions jointes, en accord avec les DPS (ainsi le système d'information de routine et la prise de décision informée seront renforcés). Il avait été prévu d'informatiser les structures d'approvisionnement en médicaments. Cette activité ne se justifie plus. Par contre, il faudrait développer les capacités du MSP à gérer les activités de PRISM. Il serait souhaitable que l'informatisation s'intensifie au niveau d'IRS et des DPS. Il faudrait suivre la couverture des SBCs en termes de population, la disponibilité des produits au niveau des agents communautaires (en relation avec la disponibilité dans les structures régionales d'approvisionnement et dans les CS) et la disponibilité des équipements dans les CS. Il faudrait monitorer les pratiques d'IEC et le respect de normes sélectionnées dans les CS. De nouveaux indicateurs sont à considérer en fonction des activités à améliorer en priorité (suivi, transfert des connaissances etc.). Dans le cadre de la supervision, il serait bon de connaître le nombre de passages par CS et le degré de mise en oeuvre des recommandations faites par les superviseurs.

Certains indicateurs de processus pourraient éventuellement être conservés pour la gestion interne de PRISM et pour interpréter certains résultats. Dans le cadre de la supervision, on peut considérer le nombre de supervisions jointes/independantes, le nombre de DPS qui ont établi une grille pour 6 mois justifiée par les besoins locaux, l'existence d'un feed-back écrit et immédiat au niveau du CS. etc. Il importe aussi dans ce volet de suivi interne d'apprécier l'aspect qualitatif et quantitatif. Par exemple, en ce qui concerne l'appui aux régions, le degré de transparence et de dialogue atteint (projet-IRS/DPS, IRS/DPS-centre), l'existence d'initiatives locales, le respect des contrats établis etc.

Il est vivement recommandé que le projet développe un système de comptabilité qui permette d'allouer les dépenses aux activités entreprises, en séparant le fonctionnement de l'investissement et les dépenses imputables au projet de celles effectuées plus directement dans les structures du MSP.

Il serait souhaitable d'appliquer les recommandations du paragraphe 6.1. concernant le suivi du MSP et de préciser les éléments de performance contractuels au niveau de l'USAID (définir la performance du projet).

## **B. MISE EN OEUVRE**

### **Allocation des ressources**

Il n'a pas été possible de faire une analyse des coûts par type d'activité à partir des données financières du projet. Aussi, les considérations suivantes devraient être documentées avec l'appui de PRISM, elles ne sont que des indications.

Certaines activités initialement prévues seront vraisemblablement supprimées ou réduites :

- probablement appui à la santé infantile

- expériences pilotes non exploitables
- appui aux ME/contraceptifs au niveau central
- appui à la gestion des CS à grande échelle

L'étendue géographique est moindre, avec le retrait de la région forestière. Les coûts de structure seront réduits du fait des compressions de personnel et de l'intégration aux structures régionales du MSP

Les ressources ainsi libérées pourraient être réallouées pour :

- équiper et former les DPS/IRS à l'informatique
- mettre en place des systèmes de communication par radio entre les CS et les DPS, maternités, IRS et projet et développer des émissions de formation pour le personnel
- prendre en charge l'installation du personnel de PRISM dans des préfectures
- mettre à niveau les maternités pour la référence obstétricale (services de base) et supporter la mise en place de systèmes de solidarité communautaire pour le transport des femmes enceintes.

Prendre en charge et monitorer les coûts associés à l'approche participative.

### **Recommandations principales sur les activités pour chaque IR**

#### IR1 : Accès

- L'appui au niveau central pour les ME doit se limiter à sécuriser les produits cibles et éventuellement documenter les conséquences des faiblesses nationales au niveau des prestataires. Le projet devrait organiser une réflexion avec les DPS pour améliorer l'efficacité du transport des médicaments, avec à la clé un engagement réciproque et chiffré des trois parties. Le projet devrait négocier une version de l'IMAT pour 6 mois qui pourrait alors être considérée au niveau national.
- Pour assurer la pérennité des activités au niveau communautaire et envisager l'élargissement de la gamme de services, il semble nécessaire d'appuyer la réflexion des communautés sur les moyens disponibles localement pour motiver les AC. En effet, les activités d'IEC ne sont pas génératrices de revenus et la motivation initiale, en partie liée à la dotation en vélos, risque de s'estomper avec le temps.

- l'appui à la gestion des CS ne peut se faire que dans le cadre de la recherche opérationnelle et le renforcement des capacités de gestion des DPS dans le cadre du renforcement de la décentralisation.

#### IR2 : Qualité

Les formations mal assimilées doivent faire l'objet d'une revue des capacités des formateurs et d'un suivi amélioré par les DPS et le projet (supervision facilitative, retro-information). La coordination et la gestion des équipements sont à renforcer pour assurer la disponibilité des intrants nécessaires à l'application des acquis.

#### IR3 : IEC

Il faut renforcer la communication interpersonnelle, voire introduire l'IEC de femme à femme par les utilisatrices de PF. L'IEC concernant les services disponibles et les tarifs doit aussi être renforcée. Le logo SR est utile mais devrait rester simple.

#### IR4 : Coordination

La coordination des bailleurs de fonds n'est pas du ressort du projet. La coordination avec le MSP doit appuyer la décentralisation, à partir d'une définition consensuelle des rôles et responsabilités de chaque niveau et l'identification d'homologues. Le projet doit collaborer de manière plus participative avec le MSP et les autres intervenants dans les régions.

---

## ANNEXES

A. Termes de références .....	125
B. Bibliographie.....	135
C. Personnes contactées .....	143
D. Sites visités et calendrier.....	147
E. Méthodologie .....	153
F. Participants des groupes focaux.....	155
G. Questionnaire Femmes.....	159
H. Groupes Focaux pour IEC .....	163
I. Table Stratégies et thèmes .....	169
J. Recherche opérationnelle.....	177
K. Personnel de Kankan.....	181
L. Suivi du Budget de Conakry Décembre 2000.....	185
M. Suivi du Budget de Kankan Décembre 2000.....	195
N. Suivi du Budget de Faranah Décembre 2000 .....	199
O. Suivi du Budget de Nzerekore Décembre 2000.....	205
P. Codification des coûts par objectif .....	213
Q. Coûts de Structures versus coûts de mise en oeuvre.....	217
R. Budget prévisionnel bureaux 2001 .....	221
S. Indicateurs Résultats intermédiaire #1 .....	223
T. Indicateurs Résultats intermédiaire #2.....	251
U. Indicateurs Résultats intermédiaire #3.....	255
V. Indicateurs Résultats intermédiaire #4.....	265
W. Difficultés gestion ME au centre .....	269
X. Constats sur la gestion des ME en périphérie .....	271
Y. Bilan des activités .....	275
Z. Tables Normes et Procédures.....	279
AA. Conclusions Recommandations pour IEC .....	283
BB. Convention Faranah .....	287
CC. Consultations de courte durée.....	307

---



---

**ANNEXE A**  
**TERMS DE RÉFÉRENCES**

---

## ANNEXE A TERMES DE RÉFÉRENCE

### PRISM Mid-term Evaluation Scope of Work

#### Activity/strategy to be evaluated

USAID/Guinea seeks assistance in conducting a mid-term evaluation to analyze the current status of a cooperative agreement awarded to Management Sciences for Health (MSH) for the project PRISM<sup>4</sup> in terms of proposed achievements versus results obtained. The evaluation will focus on activities implemented in the project's target zones from September 1997 through December 2000. The project will be examined in terms of the assumptions and rationale of USAID/Guinea's Health Strategic Objective. This includes assessing the Mission's strategy to support the Guinean Ministry of Health's (MOH) decentralization policy by focusing activities through PRISM at the regional level. The evaluators will be asked to provide explanations for any lack of progress and offer recommendations for future implementation of the project. Management and implementation of PRISM are critical to the successful fulfillment of the goals of the activity. Therefore, evaluators will be asked to look closely at PRISM staffing, application of established work plans, and data reporting.

PRISM is a \$17,949,470 (FY1997-2002) family planning and health project, which is implemented by MSH in the eastern half of Guinea. PRISM targets its work in 3 *Inspections Régionales de la Santé (IRS)*, 15 *Départements Régionaux de la Santé (DPS)*, 15 maternity hospitals and 175 health centers in Upper Guinea and the Forest Region. PRISM provides technical assistance and material and financial support to all of these levels in the target zones and provides technical assistance to the central level of the MOH. In addition to working with health care providers and administrators, PRISM's activities target religious and community leaders, community health agents, and the media. Collaboration with other USAID partners, the MOH and other donors is an important aspect of this activity.

#### Background

In 1997, a new health strategic objective (SO) was approved for USAID/Guinea that enlarged the focus of the health program to include maternal and child health and sexually transmitted infection (STI) care components. The Mission, under this strategic objective, intervenes in both the public and private health sectors. To strengthen the public health sector, in 1997 USAID awarded through a competitive process a five-year performance-based grant to MSH and its partners, JHPIEGO Corporation and the Johns Hopkins University Center for Communication Programs (JHU/CCP). The grant, called PRISM, was designed to contribute directly to the Mission's Health SO, which is to increase utilization of maternal and child health, STI/HIV/AIDS and family planning prevention and products, as well as to its four intermediate results (increased access,

---

<sup>4</sup> "Pour renforcer les interventions en santé reproductive et MST/SIDA"

improved quality, increased demand and behavior change, and more effective response among donors and community organizations, and NGOs).

PRISM is a successor to a previous public/private sector project funded by USAID called FAMPOP, which focused mainly on family planning and STI/HIV prevention activities. PRISM was designed to incorporate the SO's new components of maternal health and child survival. Assessing progress in these areas is of particular concern to USAID and thus will require careful attention during the evaluation.

#### Existing performance information sources

The evaluation team will review the following documents in order to prepare for and carry out the evaluation. These documents will be provided to the evaluation team prior to their arrival in country.

Government of Guinea Poverty Reduction Strategy  
Ministry of Health 10-year Strategy '*Santé Pour Tous*'  
Bamako Initiative  
Social Soundness Analysis  
Request for Application #624-97-004: Guinea Family Planning and Health (FPH) Activity  
Application submitted by MSH: 8/14/97  
Revised Technical MSH application: 9/17//97  
PRISM quarterly reports, annexes and any additional reports  
PRISM grant continuation applications  
All correspondence between USAID & MSH/PRISM  
USAID 1998 & 1999 Performance Review Assessment (PRA)  
USAID 2001 & 2000 R4 requests  
SO2 Results Framework  
SO2 Indicators (current and previous)  
Situation Analysis document  
MSH Internal Evaluation  
1992 & 1999 Demographic and Health Survey  
USAID Guinea Country Strategic Plan 1997-2005

#### Purpose of the evaluation

The purpose of this evaluation is threefold. First, the agreement between MSH/PRISM and USAID is performance-based and as such, the project must be assessed to gauge its performance to date. The evaluation will evaluate actual versus planned progress realized by PRISM and analyze achieved results in terms of costs expended to reach those results. The evaluation team will also identify:

- key results achieved;
  - barriers, if any, that PRISM staff has encountered in achieving its results and the actions PRISM has taken to overcome these barriers;
  - areas that need further attention; and
-

- recommendations to guide the PRISM staff through the last half of the activity.

The second purpose of this evaluation is to assist USAID/Guinea in determining how PRISM is supporting the MOH's decentralization policy in light of its regional focus. The USAID Health SO runs through 2005, although PRISM and other USAID-funded health activities end in 2002. Therefore, this evaluation will provide the Mission with a basis for the assessment of its current strategy and for designing follow-on activities.

The third purpose of the evaluation is to measure PRISM's performance in a strategic context. To assess PRISM's performance under the period of review, the evaluators should also review the Health SO in terms of its development hypotheses, critical assumptions, linkages and rationales that were made at the time of the approval of the Country Strategic Plan to determine whether they are still valid. If they are no longer valid, the evaluators should propose revised ones and recommendations for re-orienting PRISM's approach. In addition, the evaluators should assess PRISM in terms of the MOH's 10-year strategic plan.

#### Evaluation questions

The following should be used as a guide for the evaluation but should not limit the evaluation. Other relevant and pertinent questions that the evaluators identify also should be addressed. Answers to these questions must be based, to the extent possible, on empirical evidence and not suggestive opinions.

In designing the RFA for this activity, the Mission hoped that the resulting activity would assist the MOH in its efforts to decentralize the public health system in Guinea. To this end, an emphasis was placed on carrying out activities at the local and regional levels, as opposed to the central level, as well as focusing on five guiding principles:

- partnership as the key to long-term development;
- health sector initiatives guided by the precepts of the Bamako Initiative;
- cost recovery is viable when services, drugs and commodities are available;
- coordination of intervention and actors is critical; and
- capacity building must be central to all activities.

Considering the central-level MOH's role in the management of the overall health system in Guinea, is this approach still valid?

In its application MSH proposed four key strategies and seven crosscutting themes for the implementation of the PRISM project. These strategies are:

- Think regional, act local.
- Quick visibility, early credibility.
- Parallel activities at the national level.
- Strengthening of the referral system.

These crosscutting themes are:

- health center management;

- community-based distribution;
- information, education, communication;
- linkages and coordination;
- training;
- logistics and drug supply; and
- operations research.

Discuss the implementation of these strategies and themes throughout the life of PRISM, the effectiveness of these strategies and themes as currently being implemented, and the impact they have had on the ability of PRISM to achieve results.

Discuss the impact that PRISM has had on expanding access to health services (IR#1). To what degree has PRISM reached projected benchmarks? Include in your discussion an assessment of the level of progress PRISM has made in:

- refining the integrated package of reproductive health services with clear standards and protocol for each level of service delivery and each type of personnel;
- strengthening the essential drug logistics system;
- continuing the on-going Community Distribution System and clinic outreach activities;
- the implementation of the “fully functional service delivery point”;
- strengthening the *comités de gestion* (local health center management committees);
- developing local health care financing strategies; and
- increasing equity in the availability of health services.

Review progress that PRISM has realized in the development and implementation of quality standards and practices for the health system and health personnel, including community-based distribution agents (IR#2). Evaluate the impact that these interventions have had on the quality of care received by clients for family planning services, treatment and prevention of STIs, maternal health, including obstetrical care, and sick child care. Include in the review the following areas:

- the supervision system at all levels of service delivery;
- the referral system at all levels of service delivery;
- standards of care guidelines for reproductive health; and
- health management information systems at all levels, including the use of data to guide program decisions.

Analyze the PRISM IEC strategy (IR#3). Comment on the appropriateness of the messages developed and the methods used to disseminate messages to various target groups. Discuss the effectiveness of the PRISM IEC strategy to date. Assess PRISM’s progress under the elements of its IEC strategy listed below:

- empowerment of PRISM’s principal IEC implementing partners;
  - strategic design for health communication;
  - branding for quality services;
-

- IEC training for health providers and outreach workers;
- print and audiovisual materials for providers and clients;
- outreach to the refugee population; and
- improved community support.

Discuss the activities that PRISM has carried out in the area of coordination (IR#4). Assess actions that PRISM has taken to coordinate with other USAID-funded activities, others donors and their funded projects, the private sector, and the MOH at the national level. Examine and assess the impact of activities that PRISM has sponsored at all levels (national, regional, prefectural and community) and between all players (MOH, donors, other ongoing health activities) to enhance coordination, collaboration, and synergy. Evaluate PRISM's effectiveness in the area of policy development.

Evaluate the work that PRISM has done to build the capacity of the local MOH personnel to assume responsibility of the PRISM program. Assess the impact of PRISM training and other activities targeted to health service providers and supervisors at all levels, particularly in the areas of clinical treatment and prevention, logistics and management, and supervision.

Describe the appropriateness, the accessibility to users, and the dissemination of operations research that PRISM has conducted. How has this research been used in to develop PRISM's activities? Assess PRISM's use of operations research to improve collaboration with both the public and private sector and NGOs.

Review PRISM's management structure given its regional and prefectural focus, the need for coordination with the central-level MOH, and the technical and administrative needs of the field personnel. As currently structured, is the activity able to meet all needs? Evaluate leadership and the delegation of authority process within PRISM. Assess the effects of JHPIEGO's departure from the project. What are the types and sources of external technical assistance the activity has received to date? Assess the appropriateness of this assistance.

Assess PRISM's monitoring system. Discuss the ability of the system to provide valid, reliable, and timely information regarding the progress of project activities and in providing R4 report<sup>5</sup> information to USAID. Comment on the use of the "rapid assessment of the health delivery system" by PRISM.

Consider and evaluate any other issues identified by the evaluation team, project staff, MOH personnel, USAID and/or other donors.

---

<sup>5</sup> Results Review and Resource Request Report

### Evaluation Methods

The evaluation will be participatory; interviews with key partners, stakeholders, and customers and field visits will be essential for a thorough evaluation. Although the evaluators are requested to present a plan for collecting and analyzing data, they are free to design the evaluation and analyze data as they deem appropriate.

### Team Composition

The team will be composed of six members, including a team leader who should be senior-level health professional. The team should consist of people who have a combination of skills and expertise in the following areas:

- Information, education and communication in the health field.
- Reproductive health issues including maternal health, child health, family planning, and STI/AIDS.
- Public health management and economics.
- Training.
- Essential drug (including contraceptives) management.
- Previous experience as a Chief of Party for a large health program.

All evaluation team members must have at least five-years of experience working in and evaluating health activities in French-speaking Africa. All team members must be fluent in French. Candidates who have worked for MSH or JHUCCP will not be considered.

The fourth and fifth members of the evaluation team will include a member of the USAID Health Team and a representative of the MOH, appointed by the Minister. The external evaluation team will be expected to pay for this person's participation (e.g., per diem, travel).

### Schedule and Logistics

The evaluation will begin on or around February 1, 2001, and is expected to take no more than six weeks. Not including international travel, the evaluators will have no more than five weeks in country. The consultants will be expected to work six days per week, including travel, and to work during any American holidays and local holidays, if possible, falling during their stay in Guinea.

Evaluators coming from the United States will spend two working days in Washington during which time the evaluators will conduct a planning meeting and be prepared to present a draft plan of action to the Mission Health Team. Document review will start and continue once the consultants are in country.

Upon arrival in Guinea, the evaluation team will meet with the USAID Health Team to approve the plan of action. The first week in country will consist also of meetings in Conakry with USAID/Guinea, PRISM staff, central-level MOH personnel, and other donors. The USAID/Guinea Cognizant Technical Officer (CTO) for PRISM will be

---

responsible for making all appointments for the evaluation team. The team then will have 2 weeks to travel to Kankan, and Faranah to visit activity sites. The evaluators will return to Conakry and have one week to draft their report and conduct formal presentations.

Before their departure from Guinea, the evaluators will be responsible for preparing and presenting a formal oral debriefing of the evaluation's findings to USAID/Guinea and local PRISM staff. The evaluators will also present USAID/Guinea with a draft report before their departure. USAID will provide feedback to the evaluators via e-mail within 5 business days of the evaluators' departure. Upon receipt of this feedback, the evaluators will have five business days to submit a final report to USAID/Guinea for clearance.

USAID/Guinea has allocated 2 days for the team to visit the MSH headquarters in Boston if the team needs information from the headquarters to complete their report.

Authorized per diem in and outside Conakry will be according to USAID/Guinea policy. Computers will not be provided to the evaluators, although the Mission will provide access to printers on an as-available basis. When in Conakry the evaluation team will have access to a photocopy machine for relevant work. The evaluation team will be provided check-cashing privileges at the USAID Mission only to receive Guinean currency. The evaluators will not be able to receive American dollars from the USAID Mission. Two USAID vehicles will be made available to the evaluation team for up-country field visits.

### Reporting and Dissemination Requirements

The evaluation team leader will be responsible for providing five copies of the final evaluation report in English and five copies in French, as well as electronic versions of each in MS Word on diskette, to USAID/Guinea within one month after the team has left country.

The format of the evaluation report will conform to the following guidelines and contain the following sections:

- Table of Contents
- Executive summary
- Findings including main accomplishments and constraints of the activity
- Conclusions and Recommendations
- Appendices:
  - Scope of Work
  - Summary of the evaluation methodology (incl. samples of questionnaires)
  - Documents Consulted
  - Persons Contacted
  - Sites Visited
  - Changes to the Proposed Scope of Work, Schedule, and Logistics

MEDS suggests several changes to the proposed SOW resultant of a careful analysis of the SOW and recruitment circumstances.

*Start date of evaluation* -- The SOW stipulates a “on or around February 1, 2001” start date for the evaluation. The consultant team that we are proposing can only be fielded in its entirety beginning on or about February 12.

*Purpose of evaluation* -- The SOW states that “The purpose of the evaluation is threefold,” and then proceeds to explain this purpose. For clarification purposes, MEDS considers the “threefold” purpose of the evaluation to be three distinct objectives to be achieved with the evaluation:

Objective #1 (Primary)

Gauge PRISM’s overall performance (projected benchmarks versus results achieved) to date (September 1997-December 2000).

Objective #2

Determine the extent to which PRISM’s performance to date addresses the MOH’s 10-year strategic plan, specifically PRISM’s contribution to the MOH’s decentralization policy.

Objective #3

Determine the extent to which PRISM’s performance to date addresses USAID/Guinea’s Health Strategic Objective (SO), approved in 1997.

*Document Review* – Per the SOW, the “document review will start and continue once the consultants are in-country.” We suggest that the Document Review be allotted two days and be completed by the consultants prior to the Team Planning Meeting (TPM) in Washington, DC. This is necessary so that the consultants arrive in Washington, DC completely prepared for the TPM and able to prepare the draft plan of action for the Mission Health Team.

*Report Drafting, Revision, Editing, Translating, and Printing* – Based on MEDS extensive experience facilitating the production of consultant reports from draft to final, printed form, we propose an alternative procedure to that outlined in the SOW (draft report presented by team before departing Guinea; Mission feedback with five business days of departure from Guinea; evaluators submit final report within five business days).

We propose:

- Consultants provide French-language unedited and unformatted draft to Mission before departing from Guinea
  - Mission provides email feedback (within seven business days post consultants’ departure)
  - Consultants revise French report and email final draft to Mission (within 15 business days post consultants’ departure)
-

- Mission reviews final French draft and provides comments and final approval (five business days from receipt of revised copy)
- Final French-language report is edited, formatted, and printed (10 business days from receipt of Mission comments and approval). Completed French report is delivered to Mission (five printed copies mailed via DHL air courier, accompanied by a disk containing electronic version in MS Word)
- Report in English
- Report is translated into English and edited (10 business days)
- English version is formatted and printed (three business days)
- Completed English-language report is delivered (same as above) to Mission

*Proposal and budget assumptions* – Based on our email to Ms. Rama Diallo, responded to by Ms. Kathy Jacquart, this proposal is based on the following assumptions:

*In-country logistics* -- The Health Team in Guinea will facilitate all scheduling of in-country visits, travel, and hotel. Our per diem for Conakry is \$US166/day; for areas outside of Conakry it is \$US105/day. We have budgeted using these maximum numbers and will bill based on real costs.

*USAID vehicles* -- The Mission will pay for drivers and other vehicle expenses. We did not budget for these costs.

*Documents for review* -- MEDS expects to receive either printed copies or email copies of documents for document review that are not findable in Washington, DC, at least two-weeks prior to the consultant's departure date for Guinea. We suggest that someone from the Health Team be in contact with Rob Hensley (Rhensley@ltgassociates.com) as soon as is convenient regarding the determination of which documents can be found in Washington, DC. MEDS will be responsible for copying and distributing all documents to the consultant team.

*List of key contacts* – MEDS expects to receive at least one week in advance of the Team Planning Meeting in Washington, DC, a list of persons/institutions to be visited in Conakry and during site visits. This information will be provided the consultant team to facilitate their development of the draft plan of action. Again, MEDS expects that all in-country logistics necessary for the consultants to travel to, meet with, and overnight locally, will be arranged by the Health Team in Guinea.

---

**ANNEXE B**  
**BIBLIOGRAPHIE**

---

**ANNEXE B**  
**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

Albert L., et Dubois K., 1998. Étude sur la Formation Continue des Personnels Sanitaires en Guinée. Ministère de la Santé (MSP). République de Guinée.

Bakadi Guillaume, Kaba Amiata, Haba Michel, Cissé Mohamed, octobre 2000, PRISM et IEC, Axes Stratégiques d'Intervention et Plan Directeur de la Campagne pour les Jeunes, PRISM

Bakadi Guillaume, Kaba Amiata, Haba Michel, Abstinence ou Capote : Comportement Responsable chez les Jeunes, PRISM

Baldé D., Hyjazi Y., et Sidime B., 2000. Revue de la Littérature en Santé de la Reproduction chez les Adolescents en Guinée. Ministère de la Santé avec l'Appui de PRISM, Management Sciences for Health Fondation Hewlett. Conakry.

Barry T. M., 1998. Atelier de Compétences en Formation Clinique et de Mise à Jour en Technologie Contraceptive. Kankan 3-13 Août. Rapport d'activités.

Bryant M., Burns L., Konings E., Pollock J., and Sienché C. 2000. PRISM Project Midterm Evaluation (Draft).

Bryant M., Burns L., Konings L., Pollock J., Sienché C., 2000. Midterm Internal Evaluation. March 6-22.

De la Rocque M & Galland B, Juin 1995: "Le problème de l'équité et de l'accès a la santé pour tous: étude de l'identification et de la prise en charge des situations de grande précarité en Guinée (Préfecture de Kissidougou)", CIDR, UNICEF

Diallo, T./PRISM 1998. Évaluation du Programme Guinéen de distribution a base communautaire. Document méthodologique.

Diallo, T./PRISM 1999. Évaluation du Programme Guinéen de Distribution a Base Communautaire. Rapport d'Évaluation.

Edwards M., and Kolstad R., Adherence to Treatment Norms, Adherence to Counseling Norms & Commodity Availability at Health Facilities: R4 Indicators from the 2001 Guinea Service Provision Assessment. Measure Evaluation. USAID/Guinea.

Gabra Michael, June 98: "Report on the logistics and supply of family planning and STI supplies for the PRISM Project", PRISM Project

Gordon A. 1998. Family Planning and Health. Preliminary Report/Working Draft.

Groupe 2AC, AEDES, Mai 1999: "Évaluation des systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels en Guinée, rapport provisoire"

Guinée, Enquête Démographique et de Santé 1999. Direction Nationale de la Statistique, Ministère du Plan et de la Coopération. Conakry. Macro International Inc. Calverton, Maryland.

Johns Hopkins University Center for Communication Programs, Management Sciences for Health, PRISM, Novembre, 2000, Guinée : La Sexualité des Adolescents dans les Régions Administratives de Faranah, Kankan et N'Zérékoré ; Résultats d'une Recherche Narrative

Karita, M., 1999. Rapport Technique de formation des Prestataires de service à l'Intégration des Services de PF/MST-SIDA aux Centres de Santé de la Haute Guinée & Guinée Forestière. PRISM.

Kaba Amiata, août 2000, Prétest du Slogan pour les Jeunes, PRISM

Keita, N., 1999. Rapport Synthèse. Dissémination des Normes et Procédures en S.R. dans les Préfectures de Kankan. PRISM. Conakry.

Management Sciences for Health, 1997. Guinea Family Planning and Health (FPH) Activity: Revised Technical Application. RFA No. 624-97-004.

McKeon Scott, 1999: "Consensus sur les indicateurs en santé de la reproduction, Rapport de mission du 6 au 18 décembre 1999", MSH, Boston

Medical Care Development International, Avril 1999: "Étude sur la tarification des prestations de soins dans les services de santé, rapport préliminaire", Washington DC

Ministère de la Santé Publique, 1996. Stratégie IEC. Santé de la Reproduction.

Ministère de la Santé Publique Octobre 1999: "paquet minimum d'activités des services de santé en Guinée"

Ministère de la Santé Publique, PRISM, Novembre 2000: "Gestion des données du programme SBC; à l'intention des agents de saisie; draft"

Ministère de la Santé Publique, 1997. Normes et Procédures en Santé de la Reproduction. République de Guinée.

Ministère de la Santé Publique, 1998. Analyse Situationnelle des Programmes de Santé et Reproduction. Projet Recherches Opérationnelles et Assistance Technique (RO/AT II) en Afrique du Population Council.

Ministère de la Santé Publique, 1998. Direction Nationale de la Santé Publique, Division de la Reproduction. Juillet 1998. Stratégie Nationale de la Formation Continue en Santé de la Reproduction

Ministère de la Santé Publique, 1999. Évaluation des Circuits de l'Information sanitaire en Guinée. Rapport de Synthèse. Services Statistiques, Études et Information SSEI. Conakry.

---

Ministère de la Santé Publique, 2000. Revue Programme Élargi de Vaccination. Avec la contribution d’OMS, UNICEF, USAID, BASICS et Banque Mondiale. République de Guinée.

Ministère de la Santé Publique Novembre 2000: “Guide de gestion des médicaments essentiels; à l’usage des agents des centres de santé”; PRISM/MSH, USAID, OMS

Ministère de la Santé Publique, Guide de Supervision des Centres de Santé et des services à Bases Communautaires. Draft.

Ministère de la Santé Publique, 2000. Revue Programme Élargi de Vaccination. République de Guinée, Travail-Justice-Solidarité. Avec la Contribution de : OMS, UNICEF, USAID, BASICS, et Banque Mondiale.

Ministère de la Santé Publique. Séroprévalence du VIH/MST en Guinée. Financement État Guinéen, Banque Mondiale, UNICEF, FNUAP.

Ministère de la Santé Publique, Direction Nationale de la Santé Publique, Division de la Reproduction. Juillet 1998. Stratégie Nationale de la Formation Continue en Santé de la Reproduction. Plan Opérationnel Septembre 1998-December 1999.

Ministère de la Santé Section SMI-PF. Gestion, Supervision et Qualité des Services. Association Guinéenne pour le Bien Être Familial (AGBEF) and Population Services International (PSI)

Ministère de la Santé, version février 2001: "Revue du programme élargi de vaccination octobre-novembre 2000", OMS, UNICEF, USAID, BASICS, CVP & Banque Mondiale.

Ministère de la Santé, Septembre 1996: "Évaluation du système de participation communautaire du programme PEV-SSP-ME", GTZ, UNICEF

Ministère de la Santé, juillet-août 2000: "Diagnostic institutionnel participatif des inspections régionales de la santé et de la DSVCO", Centre National de Perfectionnement a la Gestion, projet population et santé génésique.

Ministère de la Santé, Février 2000: "La revue du système de santé Guinéen, rapport de synthèse", Dalaba MSP, Secrétariat permanent du PNDS, Juillet 2000: "Analyse du financement du secteur de la santé, draft version juillet 2000"

Ministère de la Santé, PEV-SSP-ME, 2000: "Monitoring et budgétisation des centres de santé, manuel des DPS"

Ministère de la Santé, Novembre 2000: "Plan stratégique de développement sanitaire, draft"

Ministère de la Santé, Mtiraoui A, Octobre 2000: "Rapport sur la situation du personnel de la santé en Guinée"

Ministère de la Santé, PEV-SSP-ME, janvier 1999: "Comment redynamiser la supervision", Kindia

OSFAM, 1997. Enquête de Base Connaissances Attitudes Pratiques: Santé Reproductive des Adolescents, Conakry et Kankan. Tableaux de Fréquence Simple.

Prabhat Jha, Ranson Kent, Bobadilla Jose Luis, September 1996: “ Measuring the burden of disease and the cost-effectiveness of health interventions; A case study in Guinea”, World Bank technical paper #333, Washington DC, USA.

Pratt J.W and Zechauser R.J, 1985 : « Principals and Agents : The structure of business », Harvard Business School Press, Boston, USA.

PRISM, 1998. Pour Renforcer les Interventions de Santé Reproductive et MST/SIDA. Management Sciences for Health in collaboration with JHPIEGO and JHU/CCP.

PRISM, 1998. Quarterly Monitoring Report. November 1997-January 1998. Management Sciences for Health in collaboration with JHPIEGO and JHU/CCP.

PRISM, JHPIEGO, AGBEF, Ministère de la Santé République de la Guinée, Août 1998. Formation a L'Intégration des Services PF/MST/SIDA aux Centres de Santé. Cahier de Formateur.

PRISM, 1998, Quarterly Monitoring Report. Quarter One, November 1997-January 1998.

PRISM, 1998. Quarterly Report for 4<sup>th</sup> quarter, Year1, August, September, October. Management Sciences for Health (MSH) JHPIEGO and JHU/CCP.

PRISM, 1998, Annexe to Quarterly Monitoring Report. Quarter two, February 1998-April 1998.

PRISM, 1998. Quarterly Monitoring Report. Quarter Two, February 1998-April 1998.

PRISM, 1999, Progress Report February-March. Management Sciences for Health (MSH) JHPIEGO and JHU/CCP.

PRISM, 1999, Progress Report April-June. Management Sciences for Health (MSH) JHPIEGO and JHU/CCP.

PRISM, 1999, Progress Report July-August-September. Management sciences for Health (MSH) JHPIEGO, JHU/CCP.

PRISM, 1999. Services à Base Communautaire SBC. Stratégie d'Appui PRISM-Guinée au Programme de Services à Base Communautaire (SBC) en Haute Guinée et en Guinée Forestière

PRISM, 2000. Progress Report April-May-June. Management Sciences for Health (MSH) JHPIEGO and JHU/CCP.

---

PRISM, 2000. Grant Continuation Application for Project Years 4 & 5. Management Sciences for Health in collaboration with JHPIEGO and JHU/CCP.

PRISM, JHU/CCP, CONFORMA, 2000, Évaluation des Activités de Communication pour le Changement des Comportements, 53 pp.

PRISM, 1999: "Rapport formation des pharmaciens et directeurs d'hôpitaux en gestion des médicaments essentiels, Kankan du 15 au 20 novembre 1999"

PRISM, août 1998: "Évaluation des structures sanitaires; Rapport de synthèse"

PRISM, August 2000: "Évaluation des comités de gestion; questionnaire sur les comités de gestion; draft 1"

PRISM, décembre 1999: " Rapport technique de formation des prestataires de services a l'intégration des services de PF/MST-SIDA aux centres de santé de la Haute & Guinée forestière, du 29 septembre 1999 au 26 novembre 1999"

PRISM, Décembre 2000: " Enquête IP6/IP7; draft"

PRISM, JHU/CCP, Conforma, Novembre 2000: "Évaluation des activités de communication pour le changement des comportements; rapport d'analyse des résultats"

PRISM, Juillet 2000: " Formulaire d'évaluation des structures sanitaires; module 1: gestion"

PRISM, Juillet 2000: " Formulaire d'évaluation des structures sanitaires; module 2: qualité des soins"

PRISM, July 2000: "Progress report, January, February, March 2000"

PRISM, May 2000: "Progress report, October November, December 1999"

PRISM, Novembre 2000: " L' évaluation des structures sanitaires; Rapport de synthèse; draft"

PRISM, Williams A, Février 1999: "Évaluation des systèmes d'information logistique pour la gestion des médicaments essentiels en Haute Guinée et en Guinée forestière"

PRISM, décembre 1999: "Système d'information pour la gestion (SIG-SBC), guide d'utilisation pour les superviseurs SBC et pour l'exploitation des données SBC"

PRISM, Juillet 1999: " Atelier pour la standardisation et harmonisation des outils de gestion", Dabola

PRISM, Dr Keita N, février 2001: "Programme SBC"

PRISM, Novembre 2000: "Gestion des données du programme SBC, manuel d'utilisation"

PRISM, janvier 2001, Santé de la Reproduction, Ce que les jeunes veulent savoir en Guinée

Putnam E & Toure B, Mai 1998: " Guinea family planning options project 1991-1997: lessons learned and their implications for the future"

USAID/ Guinea, 1997. Country Strategic Plan USAID Assistance to Guinea: Fys 1998-2005. Conakry.

USAID/Guinea, 1997. Strategic Objective Two. Increased use of essential PF/MCH and STD/AIDS-prevention services and practices.

USAID/Guinea, 1998, Performance Results Assessment. Reporting Period: October 1, 1997 to September 30, 1998.

USAID/Guinea, 1999. Performance Results Assessment. Reporting Period: October 1, 1998 to September 30, 1999.

USAID/Guinea, 2001. Draft Guidelines for Measuring Indicators in USAID/Guinea's SO2 Performance Monitoring Plan.

USAID/Guinea, 2000. République de Guinée: Analyse Situationnelle des Programmes de Santé de la Reproduction. Measure Evaluation.

Université de Johns Hopkins Centre pour les Programmes de Communication (JSU/CCP), Novembre 2000. Guinée: La Sexualité des Adolescents dans les Régions Administratives de Faranah, Kankan et N'Zérékoré. Résultats d'une Recherche Narrative. Baltimore, USA: JSU/CCP.

Stat-View Association, novembre, 1998, Recherche Qualitative sur la Santé de la Reproduction en Haute Guinée et en Guinée Forestière, Rapport final, Modules 1-4, Conakry.

Stat-View Association, 1998. Recherche Qualitative sur la Santé de la Reproduction en Haute Guinée et Guinée Forestière. Module 1: Services à Base Communautaire. Rapport Final. Conakry. PRISM.

Stat-View Association, novembre 1998. Recherche Qualitative sur la Santé de la Reproduction en Haute Guinée et en Guinée Forestière. Module 2. Discussions de Groupe avec les hommes mariés. Rapport Final

Stat-View Association, novembre 1998. Recherche Qualitative sur la Santé de la Reproduction en Haute Guinée et en Guinée Forestière. Module 4: interview des prestataires de services de santé.

Stat-View Association, novembre, 1998. Recherche Qualitative sur la Santé de la Reproduction en Haute Guinée et en Guinée Forestière. Module 5 : Discussion de groupe avec les leaders religieux et communautaires.

Stat-View Association, novembre 1998. Recherche Qualitative sur la Santé de la Reproduction en Haute Guinée et en Guinée Forestière. Module 3: Discussions de groupe avec les femmes maries.

---

The World Bank, October 1998: “Project appraisal document on a proposed credit in the amount of SDR 8.5 million to the Republic of Guinea for a population and reproductive health project”, World Bank, Washington DC, USA

---

**ANNEXE C**  
**PERSONNES CONTACTÉES**

---

## ANNEXE C

### PERSONNES CONTACTÉES

Austin, Johanna (Benjamin) Directrice Nationale, Direction Nationale de la Santé Publique, MS  
Bah, Souleymane, Directeur, Hôpital, Kerouané  
Bakadi, Guillaume, Spécialiste en IEC, Coordinateur, Kankan, PRISM  
Baldé, Abdoul, Coordinateur, SR-Gestion Santé, Kankan, PRISM  
Bamba, Bintou, Coordinatrice, PNL  
Barry, Aliou, Founder/President, Stat-View Association  
Barry, Fatou, Directrice de Ventas, PSI  
Birnholtz, Harry, Directeur, USAID/G  
Blake, Larry, Administrative and Financial Coordinator, PRISM  
Camara, Ahmadou, Chargé de la Promotion de la Planification Familiale et de la Lutte contre les IST/SIDA  
Camara, Abdouramane, Charge SSP, DPS, Kerouané  
Camara, Al-haj Moussa, Président, Ouléma de Haute Guinée  
Camara, Ansoumane Yassima, Coordonnateur National SR/FNUAP  
Camara, Falikou, Chef CS, Kosankoro, Kerouané  
Camara, Mamadou Oury, Inspecteur des Pharmacies, IRS, Kankan  
Camara, Mariama Cire, Chargée de Recherche et Formation, DPS, Kankan  
Camara, Mohamed, Coordonnateur, PEV/SSP/ME  
Camara, Momo, Agent PEV, Kosankoro, Kerouané  
Camara, Yéro-Boye, Conseiller chargé de la Politique Sanitaire, MS  
Chérif, Louceny, Président, Association des Parents, Élèves et Amis de l'École, Kankan  
Cissé, Mamadi, Agent Communautaire, Kosankoro, Kerouané  
Cissé, Mohamed, Coordonnateur IEC, Faranah, PRISM  
Condé, Mamadi, Coordinateur National, PPSG Condé, Aissata, DPS, Kankan  
Condé, Sékou, Coordinateur, SR-Gestion Santé, N'Zérékoré, PRISM  
Condé, Sékou, Directeur des Établissements de Soins, MSP  
Condé, Sékou, Médecin Directeur d'Hôpital, Directeur National des Établissements Hospitaliers et Soins  
Diakité, Man, IRS, Kankan (Chargé SSP? Ou planification voir Alain)  
Diakité, Soumaila, Coordonnateur National, Projet d'appui à la lutte contre le SIDA  
Diallo, Abdourahamane, Pharmacien, PCG, Kankan  
Diallo, Aliou Taibata, Directeur SSEI, MSP  
Diallo, Awa Sangar, Responsable du Point de Vente, CS, Missira, Kankan  
Diallo, Djamilatou, Responsable, Cellule Médicaments Essentiels, PEV/SSP/ME  
Diallo, Saliou Dian, Conseillère en Santé Familiale, FHP, OMS  
Diallo, Rafi, Chef de la Division Promotion de la Santé, MS  
Diallo, Tanou, Responsable de Suivi et de L'Évaluation, PRISM  
Diallo, Thierno Oumar, Directeur Adjoint, PSI  
Djane, Al-haj Sory, Conférencier, Ouléma de Haute Guinée  
Doubaya, Issiaka, Instituteur, École de Centre, Kosankoro  
Doubouya, Mamadou, Gestionnaire, Programme Paludisme, MSP

Doumbouya, Youssef, Conseiller Logistique et ME, PRISM  
Dramou, François, Superviseur National du PEV/SSP/ME  
Élèves, La Presse scolaire, Lycée 3 Avril, Kankan  
Élèves, Club des Jeunes, Collège AST, Kerouané  
Équipe du CS, Karfamoria, Kankan  
Gody, Michel, Conseiller Technique Principal, GTZ  
Goumou, Celestin, Coordonnateur, SR-Gestion Santé, Faranah, PRISM  
Haba, Michel, Coordonnateur IEC, N'Zérékoré, PRISM  
Harvey, Mary, USAID AFR/SD, Washington, DC  
Joyal, Alain, Directeur, PRISM  
Kaba, Amiata, Coordonnateur IEC, Kankan, PRISM  
Kaba, Aminata, Chef, CS, Missira, Kankan  
Kaba, Noukou, Agent Communautaire CBD, Kankan  
Kane, Ibrahima, Epidémiologiste, EPI, OMS  
Kanté, Fatoumata, Chargée de Programme, FNUAP  
Keita, Namadou, Coordonnateur de Programme de Services à Base Communautaire, Kankan, PRISM  
Kolie, Paul, Pharmacien, Hôpital, Kerouané  
Kouyate, Morissanda, Chef de Division SR, MSP  
Koyé, M., Enseignant, Collège AST, Kerouané  
Ly, Amadou, Chargé de la Documentation, SSEI, MSP  
Martin, Anne, Représentant, Save the Children, Kankan  
Millimono, Jules Farah, Chef CS, Kerouané  
McCue, Amy, Volontaire, Corps de la Paix, Kosankoro  
Mutombo, Mutombo Wa, EPI Regional Advisor, BASICS II, WARO  
Rabelahasa, Eléonore, Child Survival Specialist, PRISM  
Sagno, Arsene, Entomologiste, Programme Paludisme, MSP  
Sall, Boubacar, Responsable de la Planification, SSEI, MSP  
Sanoh, Fassouma, Directeur Régional, AGBEF, Kankan  
Sayon, Sidibe, Superviseur, SBC, DPS, Kankan  
Short, Michael, Représentant Résident, Africare  
Simbiano, Marcel, Coordinateur de la Cellule d'Appui à la Décentralisation du PEV/SSP/ME, Détaché du Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation  
Sow, Alpha Ousmane, IRS, MSP, Kankan  
Sow, Ansoumane, IRS, Kankan  
Sylla, Amadou, Responsable National du SNIS, MSP  
Sylla, Mohamed, Secrétaire Général, MSP  
Sylla, Nadjenab, Responsable de la Recherche Opérationnelle, MSP  
Tambalou, Robert, Directeur Exécutif, AGBEF  
Tolno, Jean Faya, Pharmacien Responsable du Dépôt PEV-SSP-ME, Kankan  
Traoré, Soukeynatou, Coordinatrice, Projet BASICS  
Verbruggen, Bob, Regional AIDS Program, Africa, GTZ  
Wanmo, Augustin, Chargé de la SR, DPS, Kankan

---



---

**ANNEXE D**  
**SITES VISITÉS ET CALENDRIER**

---

---

---









---

**ANNEXE E**  
**MÉTHODOLOGIE**

---

## **ANNEXE E**

### **MÉTHODOLOGIE**

Les données rapportées dans ce rapport sont basées sur la lecture de documents fournis par PRISM, MSH, MSP et USAID en plus des entrevues qui ont eu lieu à Conakry avec le personnel du MSP, les partenaires et les bailleurs de fonds. Une visite de travail a eu lieu du 24 Février au 6 Mars 2001 aux CS de Salima et Murissan à Kankan, et aux CS de Kerouane, Kossankoro, et Dabola. Dans chaque centre on a demandé au hasard à des patientes qui étaient dans les salles d'attente des Centres de Santé leur participation aux entrevues et groupes focales. Un total de 7 femmes ont été interrogées à Kankan, 4 femmes ont été interrogées à Kérouane, et 18 femmes ont participé à des groupes focales de 6 participantes à Kossankoro, Faranah et Dabola. Un total de 29 femmes ont été interrogées sur la qualité des services, la compétence du personnel, le temps d'attente pour voir le personnel médical, la connaissance et utilisation du PF, l'achat des médicaments, l'accouchement, la visite pre-natale, la vaccination des enfants, les IST/SIDA, et l'usage des condoms par les maris/partenaires. Les entrevues ont été faites en Malinke avec une interprète bilingue Français/Malinke qui ne n'était pas affiliée au Centre de Santé. Il a été remis à la fin des entrevues et groupes focales une remise de 1000 FG à chaque femme et 2000FG pour chaque interprète. Les chefs de CS et les agents CPN ou PEV ont aussi étaient interrogés sur leurs formations (thème et date de la formation). Des questions ont examinées leurs opinions concernant l'usage des normes et procédures son utilité, sa formation, l'intégration des services de SR dans le CS, le système de supervision et de monitoring, les services de IST/SIDA et de PF, la survie de l'enfant, la présence d'un comité de gestion ou pas, les références en cas d'urgences ou pathologies sérieuses, et la motivation des AC.

---

**ANNEXE F**  
**PARTICIPANTS DES GROUPES FOCaux**

---

## ANNEXE F

### PARTICIPANTES DES GROUPES FOCaux

Les participantes étaient toutes mariées et appartenait aux groupes d'âges 20-39 ans, elles avaient entre 3 enfants et 10 enfants avec une moyenne 5 enfants, seules trois participantes n'avaient pas de co-épouses. La majorité désirent une famille de quatre enfants, et trois participantes ont dit souffrir d'infertilité au moment de l'enquête bien que chacune avait eu deux et trois enfants dans le passé. Aux questions intimes sur les relations sexuelles elles ont dit que leurs époux ne voulaient pas mettre de condoms, mais qu'elles savaient qu'ils n'étaient pas fidèles, et espéraient qu'ils mettent des condoms avec les autres femmes. Parmi les 29 femmes seule une pratiquait la contraception ( la pilule), elle avait 3 enfants et paraissait plus moderne que les autres. La majorité ne connaissait pas les méthodes de contraception et ne savait pas qu'elles pouvaient en obtenir au CS qu'elles fréquentaient depuis plusieurs années. Par ailleurs, elles ont confondu les IST avec le SIDA, et ne connaissaient pas le moyen de transmission des IST et SIDA. Elles ont entendu parler du SIDA a la radio, mais elles étaient confuses sur la maladie disant que les symptômes de la maladie sont la perte de poids et la diarrhée.

Les participantes ont dit qu'elles travaillaient les champs en plus de s'occuper de leurs enfants. Dans les communautés rurales comme Kosankoro il n'y a pas de commodités, électricité et eau. L'eau vient d'un forage commun et doit être transporté par les femmes dans des récipients. Le bois est utilisé pour la cuisson des aliments. Les aliments pour la nourriture consistent de riz, maïs, millet, manioc, viande de chèvre, mouton, ou bœuf deux fois par semaine. A l'époque de la sécheresse ils ont épuisé leur réserve de riz et n'ont pas de légumes verts. Ils ont des fruits tel que les bananes, oranges et mangues. Les familles pratiquent le lévirat, a la mort du mari la veuve devient l'épouse ou co-épouse d'un des frères du mari. Ce qui crée des problèmes pour les femmes car il y a souvent de grandes différences d'âge entre la veuve et le nouveau époux qui est souvent beaucoup plus jeune que la veuve. Elle doit être fertile et doit produire des enfants (surtout des fils) avec son nouveau mari pour garder son status dans la famille.

### REPONSES AU GUIDE DE QUESTIONS GROUPES FOCales

Les réponses au guide de questions pour les groupes focales sont rapportées ci dessous.

1. Elles ont toutes dit qu'on les soignait bien et que les prestataires étaient aimables et serviables.
2. Elles ont dit que le personnel expliquait bien le traitement, une d'entre elles a Dabola a démontré avec ses pilules qu'on lui avait donné de bonnes instructions pour prendre ses médicaments.
3. Elles ont expliqué qu'elles attendent plus les jours du marche, mais en principe elles donnent leur carnet en arrivant et sont appelées à leur tour. Temps d'attente les jours du marche est une heure, les autres jours entre 15-30 minutes.

4. La majorité habitent près du CS, un tiers habite loin a 30 minutes de marche, Certaines viennent en taxi.
  5. La majorité fréquente le CS depuis l'ouverture du CS, d'autres depuis 3 ans et plus.
  6. Sur les 29 femmes interrogées seule une patiente a Dabola a dit qu'elle utilisait la pilule depuis 3 ans, elle avait déjà 3 enfants. Les autres ont dit qu'elles voulaient "se reposer" (espacer les naissances). Elles avaient entre 3 et 10 enfants, avec une moyenne de 5 enfants. Elles ne pratiquaient pas la contraception et ne savaient pas qu'elles pouvaient avoir des informations au CS.
  7. Elles ont dit qu'elles ne trouvent pas de médicaments au CS, car il y a beaucoup de rupture de stock, et elles sont obligées d'aller soit a la pharmacie qui est très chère, soit au marché pour en acheter.
  8. Le SRO coûte 200 FG, l'aspirine (1 cachet ) coûte 150FG. A Kosankoro une piqûre, un médicament et une visite coûte 18,000FG.
  9. La majorité accouche a l'hôpital ou au CS si il y a la possibilité. La plus part des CS ne sont pas équipés pour les accouchements, ils manquent de matériel et d'équipement. Les femmes voudraient accoucher aux CS, mais il n'y a pas de lits Et on les oblige a rentrer chez elles 2-3 heures après l'accouchement.
  10. Elles savent qu'elles doivent revenir au CS une semaine après l'accouchement pour la visite post-natale et pour les vaccinations. Un tiers a dit qu'elles accouchaient chez elles avec l' aide d'une matrone.
  11. Elles connaissaient toutes les vaccinations pour les enfants, et les dates des vaccinations.
  12. Dans les communautés rurales elles vont au médecin feuilles parce qu'il est moins cher et soigne bien. Elles payent le médecin feuilles avec des poulet ou du kola. Elles vont au centre qu'en cas de maladie sérieuse.
  13. Elles ont confondu le SIDA avec les IST. Elles ont dit qu'elles ont entendu a la radio De l'on devient maigre et qu'on a la diarrhée. Apres avoir expliqué les signes des IST Deux d'entre elles ont dit qu'elles avaient des écoulements.
  14. Elles ont toutes dit que leurs maris ne mettent pas de capotes avec elles. Mais elles suspectent qu'ils mettent des capotes avec les autres femmes. Une nous a expliqué qu'elle a donné une capote a son mari avant les relations, mais il a refusé de la mettre.
  15. Elles ont dit que les CS manquent de matériel, d'équipement et de médicaments, Et qu'elles aimeraient avoir une maternité équipée pour les accouchements.
-



---

**ANNEXE G**  
**QUESTIONNAIRE FEMMES**

---

## ANNEXE G

### QUESTIONNAIRES FEMMES ET QUALITE

Est ce que tu as une co épouse? Combien d'enfants as tu?

1. Est ce qu'on te soigne bien ici?
2. Est ce que le personnel médical explique bien le traitement? Donne des instructions pour prendre les médicaments?
3. Combien de temps tu attends pour voir le docteur?
4. Est ce que tu habites loin du centre?
5. Depuis quand tu te soignes ici? Pourquoi?
6. Est ce que tu utilises une méthode pour ne pas avoir d'enfants? La quelle?
7. Est ce que tu trouves toujours les médicaments que tu veux ici? Lesquels, quand?
8. Quel et le prix du SRO? Quel est le prix d'une aspirine/300/500?
9. . Est ce que tu as accouche a l'hôpital ou chez toi? Quel hôpital?
10. Combien de temps après l'accouchement on doit retourner a hôpital pour la visite?!
11. Est ce que tes enfants son vaccines? Combien de vaccinations? VAT?
12. Est ce que tu vas au médecin feuilles? Pourquoi?
13. Est ce que tu as entendu parler des maladies qui se transmettent par des rapports sexuels? Qui en parle? Quand?
14. Est ce que ton mari met des capotes lors des relations sexuelles? Oui. Non, pourquoi?
15. Qu'est ce qu'on doit faire pour améliorer les services de santé?

### QUESTIONS QUALITE

1. Qu'est ce que vous pensez du projet PRISM ?
2. Est ce que vous utilisez les Normes et Procédures ? quand ?
3. Est ce que ce document est utile ? pourquoi ?
4. Qui a été forme sur les Normes et Procédures ici ?

5. Est ce que les Normes et Procédures ont amélioré la qualité des services ?
  6. Avez vous reçu de l'équipement de PRISM ? oui/non, quand ?
  7. Quelle est votre dernière formation ? date de la formation, sujet ?
  8. Est ce que Prism fait la supervision avec le DPS ? Combien de fois par mois ?
  9. Avez vous un système de références ?
  10. Est ce que vous avez une mutuelle qui fonctionne ?
  11. Quel est le rôle de PRISM dans la supervision et le système de références ?
  12. Quelles ont été les formations de l'agent CPN ? la date, sujet ?
  13. Quelles ont été les formations de l'agent PEV ? la date, sujet ?
  14. Avez vous intégré les services IST/SIDA ? Prévention ou traitement ?
  15. Est ce que vous avez un comité de gestion ? oui/non, pourquoi ?
  16. Qu'est ce que vous faites pour motiver les agents communautaires ?
-



---

**ANNEXE H**  
**GROUPES FOCAUX POUR IEC**

---

## ANNEXE H

## GROUPES FOCaux POUR L'IEC

SO2 IR3 - Changement de comportement positif et augmentation de la demande pour produits et services en PF/SMI et prévention des IST/SIDA

Groupes Focaux

Dans chaque centre de santé à Kerouané, Kosankoro, Faranah et Dabola on a recruté un interprète mâle bilingue en français et malinké qui ne n'était pas affiliée au CS pour aider au consultant à faire des entrevues genre groupe focal. Avec l'aide de l'interprète, le consultant a identifié au hasard des hommes sur les rues et dans les locaux du village/de la ville. (L'échantillon des hommes probablement a compris des personnes plus bilingues et plus « urbain », que l'échantillon des femmes, qui ont participé dans les groupes focaux mené par un autre membre de l'équipe. Les groupes de femmes étaient sélectionnées parmi les clients des CS.) Le consultant a suggéré un maximum de 8 personnes par groupe. Les entrevues ont été faites principalement en malinké. On a fait toute les entrevues dans les bars de café. En général, le consultant a payé une boisson pour chaque participant et 10.000 à 15.000 FG à chaque interprète.

Les questions des groupes focaux s'étaient concentrées sur des thèmes que l'interprète a utilisés comme une base pour développer le thème plus profondément. Mais donné les limites sur le temps et le nombre de thèmes traités, la profondeur désirée était à peine achevée.

Néanmoins, voilà les thèmes : 1) connaissances de PF, sources d'information (personnes, médias, rôle des leaders religieux), la personne qui fait les décisions sur la PF et statut de changement de comportement récent, 2) connaissance des IST/SIDA, connaissance de moyens de prévention, utilisation du préservatif spécifiquement, sources d'information (personnes, médias, rôle des leaders religieux) et statut de changement de comportement récent.

Les tables au-dessous présentent la configuration des groupes. Les tables sont suivies par un résumé de discussions.

Groupe Kerouané

Numéro	Âge	Statut conjugal	Nombre femmes	de	Nombre d'enfants
1	73	M	1		9
2	27	M	1		3
3	38	M	1		3

4	34	M	1	1
5	32	M	2	4
6	38	C	0	1
7	43	M	1	5
8	61	M	2	5

Groupe Kosankoro

Numéro	Âge	Statut conjugal	Nombre femmes	de	Nombre d'enfants
1	45	M	2		5
2	30	M	1		5
3	46	M	3		12
4	45	M	2		4
5	23	C	0		0
6	30	M	1		3
7	41	M	1		8
8	37	M	2		5

Groupe Faranah

Numéro	Âge	Statut conjugal	Nombre femmes	de	Nombre d'enfants
1	23	C	0		0
2	28	M	1		2
3	46	M	1		4
4	35	M	1		3
5	21	C	0		0
6	30	C	0		0
7	39	M	1		6
8	25	C	0		0
9	40	M	1		5
10	38	M	2		4

Groupe Dabola

Numéro	Âge	Statut conjugal	Nombre femmes	de	Nombre d'enfants
--------	-----	-----------------	---------------	----	------------------

1	32	M	1	2
2	30	M	1	3
3	50	M	1	6
4	20	C	0	0
5	22	C	0	0
6	26	C	0	0
7	28	C	0	0
8	25	M	1	1

## Résumé des Discussions

### Connaissances de PF

En général, la plupart des participants de tous les groupes, sauf celui de Dabola, qui a compris les personnes plus jeunes, a été conscient de ce que veut dire la PF. Ils ont parlé d'espacement, que certains ont mentionné comme une méthode qui peut permettre la famille d'avoir ses enfants au moment où la famille veut. Autres ont donné des raisons économiques pour avoir une famille d'une taille réduite, meilleur soin pour l'éducation et la santé des enfants et une condition de vie avec moins de sacrifices pour faire de la vie pas seulement quelque chose que la famille peut survivre, mais au même temps quelque chose que avec laquelle on peut prendre plaisir. Autres ont ajouté que la PF « réduit les coûts de la vie. » « Nos enfants ne sont pas des bêtes, donc il faut assurer assez de ressources pour leur assurer une bonne vie. » Autres ont suggéré que l'Islam dicte que un bon musulman a le devoir de protéger sa famille. Mais, donné le fait que les personnes un peu plus sophistiquées, âgées, éduquées ont parlé avant les autres, moins sophistiqués, plus jeunes et moins éduqués, c'est douteux que l'opinion des premières personnes à parler représentent le niveau de connaissance générale.

En parlant de taille de famille, dans un groupe (Kosankoro), le consultant a demandé aux participants combien d'enfants ils conseilleraient à un ami, sur le point de se marier. Le bilan : 1 personne : 1 enfant, 1 personne : 2 enfants, 3 personnes : 3 enfants, 2 personnes : 4 enfants, 1 personne : pas décidée.

La plupart des participants n'ont connu qu'un ou deux méthodes de PF, capote/préservatif en premier rang, contraceptifs oraux en deuxième. Peut-être une ou deux personnes dans chaque groupe ont pu mentionner les injectables (troisième rang) ou autres méthodes. Il fallait *inciter* les participants de mentionner une méthode traditionnelle, probablement parce que « méthode » implique « modernité » ainsi les méthodes traditionnelles ne sont pas considérées « méthodes ». Incités de mentionner les méthodes traditionnelles, tout le monde étaient conscient de l'abstinence et le retrait, et seulement quelques-uns ont pu mentionner le rôle d'allaitement en PF.

En résumé, les participants ont dit que le pouvoir de décisions dans la famille est « en train de se changer » vers un modèle avec plus de participation dans la prise de décisions sur la PF et la taille de la famille. En faisant un « scrutin » dans les quatre groupes, on a

observé un modèle où deux tiers des hommes étaient en faveur d'une prise de décision, en deuxième rang, la prise de décisions par la femme seulement, et une claire minorité de voix qui ont pensé que c'était seulement l'homme qui doit faire telles décisions. Mais caveat lector : Les hommes rassemblés n'étaient pas aveugles du fait que le consultant, au moins, et peut-être l'interprète aussi, étaient personnes qui favorisaient la PF.

### Sources d'information sur la PF et les IST/SIDA

Cette discussion comprend et la PF et les IST/SIDA, parce que les groupes n'ont pas mentionné des grandes différences à propos des deux.

Un résultat clair des discussions était que les hommes ont accès à une pléthore de sources d'information et de différents matériels au niveau des médias et de contact interpersonnel. Il n'y avait pas un canal de média qui dominait, mais certains ont eu une tendance à montrer par leur niveau d'enthousiasme la crédibilité vis-à-vis la radio et la télévision. Les autres médias mentionnés ont compris : dépliants, pancartes, radio, télévision, films

Ce qui n'était pas tellement clair était le rôle d'information interpersonnelle qui surgit des membres de la communauté au niveau de réseaux sociaux tels comme la femme, les parents, les amis, les collègues du travail, co-membres de sœurs, etc., c'est-à-dire, les personnes qui peuvent avoir une forte influence en menant une personne à changer sa manière d'agir. Les « personnes » mentionnées n'étaient que les personnes plutôt « officielles » (et pas nécessairement personnes dans le réseau social des participants) qui sont impliqués dans la campagne IEC ou qui sont directement liées à la campagne : « agents de santé », « à l'hôpital », AGBEF, « les imams », « sensibilisations », « un américain qui est venu », « un marocain qui est venu ». Ce qui est évident ici est le fait que beaucoup de personnes ont participé directement dans les différents événements menés par le projet.

En trois des quatre groupes, les imams étaient mentionnés comme des personnes ayant l'influence dans la manière des hommes de penser au sujet de la PF. Plusieurs participants ont mentionné qu'ils ont écouté des discours dans les mosquées qui traitaient la PF et les IST/SIDA. Les hommes plus âgés ont eu la tendance de mentionner cette source d'information plus et les jeunes moins, peut-être dû à leur niveau plus bas de participation active aux mosquées.

### Connaissance des IST/SIDA

L'important sur les discussions sur les IST/SIDA s'est que la maladie tue, qu'il n'y a pas de remède, et généralement, pour l'éviter, il faut utiliser un condom, selon à peu près 75% des participants. Parmi les autres, il y avait certains qui pensaient que le SIDA n'existait pas et certains qui n'étaient pas sûr. Les perceptions de « exactement qu'est-ce que c'est la maladie SIDA ? » n'étaient pas du tout clair, sauf parmi peut-être, 20% des participants. Dans les groupes, il y avait une tendance de savoir beaucoup ou de ne savoir qu'un peu. Même si les participants n'étaient pas tellement clairs sur les détails de

---

comment attraper la maladie, la plupart d'eux savaient que le canal de transmission dominante était l'acte sexuel, avec pénétration, entre homme et femme. Il y avait un participant qui a dit que l'homme peut attraper le SIDA seulement lorsque la femme n'a pas ses règles, parce que « c'est l'eau de la femme qui passe dans l'homme » et « l'homme perd son eau à cause de cela » et « attrape le SIDA et maigrit. » Certains ont aussi cru que les moustiques, les chiens peuvent transférer la maladie entre une personne et autre, mais peut-être 40% étaient au courant de transmission à travers les aiguilles, les coupes ongles, les ciseaux, les lames et le processus de transfusion de sang. Une minorité a cru que le SIDA peut être transmis en touchant, en embrassant, ou en mangeant ensemble avec un sidéen. Peu d'eux se considéraient à risque et personne n'avait la moindre idée de l'envergure de la maladie dans leurs communautés, à cause de manque d'information auprès des autorités de santé. La plupart ont cru qu'il faut utiliser un condom avec quelqu'un qui est à risque, mais parce qu'ils n'étaient pas sûr qui était à risque et parce qu'ils pensent que leur région n'est pas infectée, ils utilisent les condoms plus qu'avant mais certainement pas d'accord avec les risques.

### Changements de comportement

En parlant de changements de comportements au niveau de la PF et les IST/SIDA, les participants ont suggéré que même au niveau personnel et pas seulement au niveau de la communauté, ils ont vu des changements. La question posée a demandé quels étaient les changements vis-à-vis la PF ou les IST/SIDA (selon le cas) pendant les derniers deux ans. Sur les changements à propos de la PF une personne a observé qu'il a pensé que plus de personnes maintenant pensent à l'espacement des enfants qu'il y a cinq ans. Les autres membres du groupe ont accepté le fait que ce changement s'est produit, mais ils n'ont pas dit s'ils étaient d'accord. Dans un autre groupe, le thème était un peu différent. Les participants ont dit que les pensées à propos de la PF a beaucoup changé, mais que maintenant « les gens, ils vont au CS, aux hôpitaux, mais ils ne trouvent rien », c'est-à-dire, il n'y avait pas l'offre pour satisfaire la demande. Une personne a remarqué que, avec les changements de conscience, les gens ont plus de questions et les services de santé ne répondent pas à leur satisfaction. En parlant des IST/SIDA, certains des participants ont dit que maintenant ils utilisent un condom avec quelqu'un qu'ils ne connaissent pas bien, mais dans le passé, ils n'auraient pas fait ça.

En conclusion, c'est clair que les efforts de PRISM et autres en matière de matériels et activités ont eu un effet sur les connaissances et attitudes vis-à-vis PF et les IST/SIDA, et selon les discussions tenues avec ces quatre groupes, les efforts commencent à voir des résultats en termes de changement de comportement aussi.

---

**ANNEXE I**  
**TABLE STRATÉGIES ET THÈMES**

---

**ANNEXE I**  
**STRATÉGIES ET THÈMES DE PRISM: MISE EN OEUVRE, CONTRIBUTION**  
**A L'ATTEINTE DES OBJECTIFS, EXPLICATIONS ET RECOMMANDATIONS**

<b>Stratégies et thèmes</b>	<b>Degré de mise en oeuvre</b>	<b>Contribution aux objectifs (IR)</b>	<b>Raison de l'absence de mise en oeuvre et/ou d'effet</b>	<b>Recommandations</b>
Penser au niveau régional et agir localement	Succès pour SBC et IEC Partielle pour les PPSPF, la participation communautaire & la coordination	- IR1 (SBC) et IR3 (IEC) progrès notables - IR2 et IR4 progrès partiels, fragiles	- faiblesses systémiques réduisent la capacité d'absorption locale - esprit d'équipe avec partenaires faible, précipitation due aux retards - absence de bases négociées pour responsabiliser les IRS/DPS	- stratégie a renforcer - définir l'espace de décision du MSP et des niveaux périphériques - impliquer le niveau local dans la sélection/programmation des actions a venir (connaissance des contraintes) - prévoir les coûts de l'approche collaborative (le rythme localement choisi sur des bases réalistes risque d'être plus lent)
Visibilité rapide, crédibilité précoce	Au niveau local, visibilité moindre puisque PPSPF pas atteint	Limitée (IR1 IR2 IR4), PPSPF non complètes avec moins d'attention sur les autres centres	Idem ci dessus - Retards accumulés ne laissent pas le temps pour la réplication - Sélection des PPSPF ne facilite pas la réplication - crédibilité repose sur les résultats et sur la façon de les produire	- contraintes locales doivent éclairer les décisions sur le rythme de progression des CS (PPSPF trop ambitieux) - en l'absence de temps pour la réplication, viser a améliorer tous les CS sur moins de services (renforcer les capacités a répliquer ce qui est déjà fait)
Activités parallèles au niveau national	- Trop d'énergie mal dirigée a ce niveau (voire décentralisation) - Présence physique a Conakry n'équivaut pas	- amélioration de crédibilité/visibilité dans le domaine des ME et SIG - perte de temps dans de nombreuses activités IR1 et	- absence de bases négociées pour responsabiliser les IRS/DPS (décentralisation assumée), - absence de réponse adaptée au souhait non réalisée de décentraliser. - experts n'apprécient	- Stratégie a repenser et appliquer - définir contractuellement l'espace de décision du MSP et des niveaux périphériques pour le projet. - appuyer le MSP pour définir des priorités et des indicateurs de suivi du

Stratégies et thèmes	Degré de mise en oeuvre	Contribution aux objectifs (IR)	Raison de l'absence de mise en oeuvre et/ou d'effet	Recommandations
	a collaboration efficace (présence dans les bureaux de PRISM, peu dans ceux du MSP)	IR2 a l'exception de la diffusion des normes et procédures en SR (& perte de focus sur les régions) - manque d'appui au niveau régional (monitoring, vision, prise de décision), donc manque de transfert des capacités.	pas la vie a l'intérieur du pays?	projet plus simples, puisqu'il y a d'autres priorités d'ordre national a régler (faiblesses systémiques) - Considérer l'adoption nationale comme la reconnaissance d'une approche générale a proposer aux autres régions (plutôt que la détermination de tous les détails d'une intervention). L'adoption doit intervenir sur un succès démontre localement, pas a priori. - Accepter les compromis sur les modèles de provision de services plutôt que d'insister sur le marketing de solutions "nouvelles"
Renforcement du système de référence	Pas d'intervention a part SBC (référence AC vers CS)	Référence en PF par les AC fonctionne Peu de travail fait sur SMI, donc peu d'impact sur l'atteinte de ces résultats	- blocage au niveau de l'adoption du paquet de services au lieu de négocier des indications de référence "temporaire", locales et jugées robustes aux changements a venir. - priorité perçue faible du fait du retard des activités SMI dans les CS	- action nécessaire au renforcement des services dans les CS (continuité des services comme élément de qualité), a mettre en oeuvre pour les services a renforcer dans le futur - négocier des indications de référence et un niveau de qualité minimum de la structure de référence comme une étape initiale et provisoire a la mise en oeuvre du paquet, proposer une estimation des coûts de mise a niveau pour aider le MSP. Contractualiser les appuis aux structures de référence (projet, DPS, DH), contrats a faire viser par le centre (information,

Stratégies et thèmes	Degré de mise en oeuvre	Contribution aux objectifs (IR)	Raison de l'absence de mise en oeuvre et/ou d'effet	Recommandations
				appui) - documenter les appuis des autres partenaires sur ce volet
Gestion des CS	Faible réalisation, axée uniquement sur la supervision/gestion équipe et la gestion ME, avec suivi déficient	- progrès attendus après formation moindres (IR1 et IR2) - les faiblesses dans la gestion se répercutent sur la capacité d'absorption, l'offre ne suit pas la demande et l'utilisation est peu améliorée	- faiblesses systémiques: Initiative de Bamako, faible transparence dans la gestion des DPS, motivation faible absence de négociation d'un appui du MSP approprié (expérience pilote, responsabilisation et transparence des DPS) - absence d'une bonne étude sur les conséquences des faiblesses systémiques sur la gestion des CS - absence d'esprit équipe: non partage des données et ressources (financières, supervision)	- renforcer l'appui des DPS (accompagnement des supervisions, approvisionnements en ME groupes par les DPS/PRISM) et proposer un appui à la gestion/planification des activités DPS avec un équipement adapté pour renforcer la supervision/motivation - Proposer une étude de cas de la gestion des CS (CS avec différentes caractéristiques en termes de gestion), incluant les options pour la participation communautaire et des scénarii concernant le coût et l'approvisionnement en ME et la tarification (analyse sensitive). S'enquérir de l'état des connaissances au niveau du PEV- SSP (classification des CS en déficitaires/non déficitaires pour projections nationales etc.) Dans le cadre de cette étude, explorer les possibilités d'impliquer les CRD de façon pilote
Distribution a base communautaire	Thème bien mis en valeur, le nombre d'AC moindre est largement	- demande au niveau communautaire existe - accès	- nombre d'AC moindre du a une mauvaise sélection initiale (FAMPOP) - pérennisation	- compléter l'activité, - assurer pérennité de l'appui communautaire et de la supervision (gestion DPS, CS)

Stratégies et thèmes	Degré de mise en oeuvre	Contribution aux objectifs (IR)	Raison de l'absence de mise en oeuvre et/ou d'effet	Recommandations
	compense par la légitimité accrue des ACs	améliore (quoique mesure des populations ciblées manque)	potentiellement menacé au niveau financement de la supervision?	- mesurer les progrès en termes accès (population cible, nombre de bénéficiaires de l'IEC et disponibilité en produits)
IEC	Thème effectivement mis en valeur, activités réalisées	Changement des connaissances et attitudes observe.	Changement de comportement (utilisation) attendu, probablement retardé par la faiblesse de l'offre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer l'information des consommateurs sur les services disponibles, le logo SR, les tarifs et les dangers du marché parallèle</li> <li>- Renforcer les interventions sur l'offre de services correspondant à la demande créée</li> </ul>
Renforcement des liens et de la coordination	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thème appliqué concernant les intrants spécifiques dans les régions et les comités thématiques, avec quelques faiblesses dans l'attitude</li> <li>- Le projet n'a pas appuyé la coordination des bailleurs de fonds au niveau central, il a participé aux réunions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IR4 partiellement atteint</li> <li>- atteinte de IR1/IR2 retardée par les problèmes systémiques</li> <li>- Coordination des bailleurs au niveau national faible: pas d'allocation des appuis aux problèmes systémiques prioritaires (financement, ME, ressources humaines voire décentralisation)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- précipitation pour rattraper le retard accumulé, contributions des partenaires sous forme d'expertise rejetée.</li> <li>- Un projet ou une ONG ne peuvent appuyer la coordination des bailleurs de fonds (sauf s'il s'agit d'un projet spécifique mis en oeuvre et cofinancé par les bailleurs)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mettre en valeur la façon de faire autant que les objectifs quantifiables à court terme</li> <li>- à long terme, le temps perdu pour maintenir une collaboration sereine est récupéré si on accepte les contributions des partenaires (dont l'expertise).</li> <li>- L'appui de PRISM à la coordination nationale des bailleurs doit être limité au partage de son expérience sur le terrain. Celle-ci devrait documenter de façon chiffrée l'impact des contraintes systémiques sur les structures périphériques</li> </ul>
Formation	- Formations initiales réalisées avec élaboration de	- leçons apprises pas toujours appliquées	- conditions critiques incomplètes et partiellement vérifiées. Absence de réaction	- mettre l'accent sur la pérennisation locale et à court terme (application des acquis en formation,

Stratégies et thèmes	Degré de mise en oeuvre	Contribution aux objectifs (IR)	Raison de l'absence de mise en oeuvre et/ou d'effet	Recommandations
	curriculae remarquables, excepte en SMI/gestion CS et DPS - Transfer des capacités au niveau intermédiaire par une formation initiale - Formation continue (supervision) délaissée	faute de suivi et de capacité d'absorption (IR1 IR2)	appropriée a certaines de ces contraintes (ex: validation par le centre) - retards au démarrage du projet, précipitation secondaire pour mettre en oeuvre de nouvelles activités plutôt que consolider les acquis et le transfert aux DPS - allocation des ressources après restriction budgétaire inappropriée (coûts de structure, déploiement du personnel)	suivi) - réduire les ambitions concernant le spectre des services couverts par les formations, en fonction des faiblesses systémiques et de la capacité d'assimilation des formations par les agents.
Logistique et approvisionnement en ME	- Intégration de l'approvisionnement en contraceptifs récemment - Appui au niveau national présent, défaut de suivi au niveau du siège MSH (informatisation) - Formations en périphérie faites, excepte l'informatisation	- effet sur la disponibilité en ME non vu, appui national trop limite pour être efficace - disponibilité en contraceptifs bonne durant la phase d'approvisionnement parallèle	- l'approvisionnement et la logistique au niveau national requièrent un appui majeur et pas exclusivement technique - les faiblesses nationales démotivent les agents au niveau local, le projet n'a pas adapté l'IMAT pour qu'il soit acceptable.	- la pérennité via interventions sur le système national est un objectif trop ambitieux pour ce projet. - Négocier des moyens de sécuriser l'approvisionnement des régions en produits cibles, y compris les contraceptifs maintenant intègres (afin d'assurer la pérennité a court terme des acquis des formations)
Recherche opérationnelle	Volet largement mis en oeuvre	- Pertinente pour l'IEC, les SBC et la qualité: appui a la conception & l'évaluation des activités (IR1, IR2, IR3) - L'impact de	- lorsqu'elle n'est pas utile, la recherche est soit faiblement documentée, mal conçue (trop d'accent sur le quantitatif pour les COGES ou manque d'investigation des opportunités), ou encore	- bien spécifier les objectifs de la recherche (quelle décision est a informer et pour quels décideurs) pour être sur de documenter les solutions possibles, de pouvoir justifier le bien

Stratégies et thèmes	Degré de mise en oeuvre	Contribution aux objectifs (IR)	Raison de l'absence de mise en oeuvre et/ou d'effet	Recommandations
		l'évaluation du SNIS au niveau des régions cibles n'a pas été évaluée - certains travaux consomment les ressources au détriment d'activités plus utiles telles le renforcement du système d'information de routine (gestion d'équipements) et de la supervision	redondante (facility assessments, IP6/IP7)	fonde de la recherche et d'assurer une diffusion appropriée des résultats. - Ne pas négliger les approches "soft" telles que revue de littérature et interviews d'informants clés dans la préparation de la recherche



---

**ANNEXE J**  
**RECHERCHE OPÉRATIONNELLE**

---

**ANNEXE J****REVUE DES ACTIVITES DE RECHERCHE OPÉRATIONNELLE****Enquête rapides en 1998 et 2000**

L'enquête rapide initiale a fourni des informations de bases pour la planification des activités. enquête est pertinente dans la mesure ou a l'arrivée du projet il y avait un besoin de documenter la situation des structures sanitaires dans les régions. L'analyse situationnelle étant retardée, le projet a conduit cette enquête sur un échantillon représentatif de centres de santé. enquête aurait bénéficié de la participation des intervenants sur le terrain et de celle du MSP (non documenté). L'information collectée est en général pertinente quoique parfois insuffisante (maternités mal caractérisées). Elle semble avoir été utilisée, quoique l'approche de PRISM ne semble pas tenir compte de la faible fréquence des supervisions des DPS.

enquête rapide conduite en 2000 collecte des données pertinentes en relation avec les activités de PRISM. L'approche montre une bonne connaissance des problèmes du système de santé et vise a identifier les points a améliorer. Cependant, enquête ne cible que les centres dont le potentiel est élevé (bonne infrastructure, accessibilité et disponibilité de personnel). enquête ne comporte pas de composante observation des prestations (mais plutôt des données sur les connaissances et attitudes des soignants). Le rapport ne décrit pas la méthode de collecte, il reste a espérer que pour les 23 centres de santé, enquête a constitué une occasion de superviser le centre pour les DPS.

**Evaluation des SBC, 1997**

enquête est pertinente puisque le programme SBC lance en 1997 par le projet FAMPOP avait subi trois mois d'interruption avant le démarrage des activités de PRISM et le rapport de fin du projet FAMPOP ne fut disponible qu'en 1999. L'étude est fondée sur une excellente revue de la littérature. Les informations collectées sont pertinentes et ont été effectivement utilisées par le projet. Quelques exemples remarquables sont la décision de consulter les communautés pour confirmer ou remplacer l'agent, la modification des critères de sélection pour inclure les personnes non lettrées et les femmes et la décision de recycler les agents.

Enquête CAP sur l'IEC, Statview, Novembre 1998 (études CAP modules 2, 3 et 4). enquête a été confiée a une ONG, Statview. Elle était destinée informer la définition de la stratégie IEC. La pertinence de enquête reste a déterminer pour certains types d'information. En effet, l'USAID a sollicité une étude contenant le même type d'information que dans quelques volets de enquête CAP (Family Planning and Health, A.Gordon, draft April 1998). PRISM signale des délais dans la remise de enquête menée par Statview et il est possible que cette dernière ait été initiée avant Avril 98. La qualité est moyenne.

**Evaluation des leaders religieux**

Le rapport n'a pas été remis à l'équipe et seule une présentation powerpoint était disponible. Les principales conclusions semblent être pertinentes et utilisées dans le programme IEC

### **IP6/IP7, version provisoire, décembre 2000**

Cette enquête réalisée en collaboration avec la GTZ et SIDA2, à la demande du MSP (PNLS) utilise les indicateurs de l'OMS pour la prise en charge des IST. Les sites sélectionnés ne sont pas représentatifs et contiennent, entre autres, les PPSPF. L'information collectée aurait pu l'être dans enquête rapide. Les variables ne sont pas toujours clairement définies (dans le rapport), par exemple on ne dit pas si la variable examen complet comprends un toucher vaginal ou l'utilisation d'un spéculum etc.. Il semble que cette enquête ait plutôt servi comme support pour affirmer la collaboration entre PRISM, GTZ et sida2.

### **Evaluation des activités de Communication pour le Changement des Comportements, Novembre 2000**

L'étude a été réalisée par Conformia et la Direction Nationale de la Statistique et du Plan. L'étude utilise l'échantillon et les données de base de l'EDS pour apprécier l'impact des interventions IEC, essentiellement dans le domaine de la PF et des IST/SIDA. Les données recueillies sont pertinentes, l'utilisation ne peut pas encore être évaluée.

### **Evaluation des COGES, analyse en cours, questionnaire vu**

L'étude recense les activités, caractéristiques, modalités de sélection, motivations et connaissances des membres des COGES. Un questionnaire pour les membres de la communauté existe également. La pertinence d'une étude quantitative n'est pas claire compte tenu du volume de littérature sur la question et de la connaissance de la problématique au sein du MSP (rapports de projets et d'études divers, étude GTZ/UNICEF 1996). Le responsable de la participation communautaire, détache du Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation (MATD) et mis à disposition de la santé est une source d'information sur le sujet, à considérer à l'avenir.

La participation des CRD à la gestion des CS est envisagée depuis longtemps et inscrite dans le plan national de développement sanitaire 2000-2010. Ceci était déjà l'explication de l'absence d'activités de PRISM dans ce domaine selon l'évaluation interne du projet par MSH en 1999. Une étude auprès des CRD (profil, intérêts, ressources, durée des élus en poste etc.) aurait aidé à identifier des solutions. Les Directeurs des Micro-réalisations (DMR) sont censés superviser les COGES et l'étude aurait dû documenter les raisons de leur démission dans certaines préfectures (région de Kankan). Les DMR sont des fonctionnaires du MATD dont le programme de renforcement des CRD reste à documenter. Donc la pertinence de cette enquête n'est pas certaine, peut-être due à un manque de concertation avec le MSP.

On ne peut que recommander de ne pas employer une approche type communautaire (comme à l'échelon villageois) pour développer les nouveaux comités de gestion, en

---

effet, les sous-préfecture contiennent de nombreux villages et la question de la représentation devient complexe (ceci est une des causes possibles de l'échec des premiers COGES, le plus souvent résidents de la sous-préfecture centrale).

### **Recherche Hewlett, rédaction en cours, version provisoire vue**

enquête co-financée par Hewlett 2000 sur la sexualité des adolescents est un succès tant du point de vue de la pertinence que de l'utilisation des résultats (en particulier le chapitre "lieux et canaux pour mener des interventions auprès des jeunes" est utilisé pour le développement des campagnes jeunes de PRISM). La revue de littérature sur la santé reproductive des adolescents a probablement été utilisée pour le développement des campagnes. L'information collectée est pertinente. Les données de l'étude des prestataires ont très certainement été utilisées pour leur formation.

### **Evaluation du SNIS, Juillet 1999**

Cette étude a été réalisée avec la participation des cadres du MSP et une assistance technique à court terme de MSH. Elle est pertinente dans la mesure où elle explore les possibilités d'intégrations de la base de données de AGBEF et discute le traitement des données en santé reproductive, dans une optique nationale. Les recommandations sont, entre autres, de discuter les indicateurs de la SR dans un cadre consensuel. Un tel atelier a été tenu en décembre 1999 avec l'appui de PRISM et d'autres bailleurs de fonds pour l'identification des indicateurs en santé. Les cadres du SSEI apparaissent satisfaits de ce travail. L'impact au niveau des régions cibles est moindre.

---

**ANNEXE K**  
**PERSONNEL DE KANKAN**

---

## ANNEXE K

## PERSONNEL DU BUREAU REGIONAL DU PROJET PRISM A KANKAN

Ordre	Nom et Prénom	Fonction	Localisation	I/N	Date Début	Date Fin
1	Bah Thierno Amadou	Logisticien	Kankan	N	2/6/01	2/5/02
2	Bakadi Guillaume	Représentant Régional	Kankan	I		
3	Baldé Abdoul	Coordinateur Form. Syst. Sup.	Kankan	N	10/1/98	fin projet
4	Barry Boubacar	Chauffeur	Kankan	N	1/23/00	fin projet
5	Barry Mamadou Boye	Chauffeur	Kankan	N	9/23/00	9/22/01
6	Camara Ibrahima Kalil	Assistant Administratif	Kankan	N	8/6/99	fin projet
7	Camara Kalilou	Gardien	Kankan	N	10/1/98	fin projet
8	Cherif Raphan Moussa	Gardien	Kankan	N	10/1/98	fin projet
9	Condé Fodé Moussa	Gardien	Kankan	N	4/23/00	fin projet
10	Condé Mohamed	Chauffeur	Kankan	N	9/1/99	fin projet
11	Condé Sékou	Coordinateur Renf. Inst. Com.	Kankan	N	10/1/98	fin projet
12	Dabo Soriba	Gardien	Kankan	N	4/23/00	fin projet
13	Dem Bocar	Coordinateur Santé Maternelle	Kankan	N	7/1/00	fin projet
14	Diaby Ibrahima	Gardien	Kankan	N	10/1/98	fin projet
15	Diallo Alsény	Chauffeur	Kankan	N	2/1/99	fin projet
16	Dieng Aïssatou	Coordinatrice IST/SIDA	Kankan	N	2/1/99	fin projet
17	Dioubaté Sidiki	Gardien	Kankan	N	10/1/98	fin projet
18	Fofana Aye Mady	Assistant Administratif	Kankan	N	10/10/00	10/9/01
19	Goumou Cécé Célestin	Coordinateur Gestion ME/Mat. Méd.	Kankan	N	9/1/00	fin projet
20	Haba Michel	Coordinateur IEC	Kankan	N	10/1/98	fin projet
21	Kaba Amiata	Coordinateur IEC	Kankan	N	12/1/98	fin projet
22	Kaba Djiguiba	Comptable	Kankan	N	4/10/99	fin projet
23	Kaba Mariame	Chargée du nettoyage	Kankan	N	1/23/00	fin projet
24	Kaba Mohamed Lamine	Gardien	Kankan	N	10/1/98	fin projet
25	Kanté Ismaïla	Gardien	Kankan	N	10/1/98	fin projet
26	Keïta Mohamed Baba	Gardien	Kankan	N	10/1/98	fin projet
27	Keïta Namoudou	Coordinateur SBC	Kankan	N	11/1/98	fin projet
28	Konaté Kaba	Assistant Administratif	Kankan	N	2/6/01	2/5/02
29	Konaté Kaba D.	Gardien	Kankan	N	10/1/98	fin projet
30	Magassouba Kekoro	Assistant Logisticien	Kankan	N	2/6/01	2/5/02
31	Quisia Abu Bakarr Sidique	Comptable	Kankan	N	2/23/00	fin projet
32	Rabelahasa Eléonore	Spécialiste Qualité des soins	Kankan	I		
33	Sangaré Séwi	Gardien	Kankan	N	10/1/98	fin projet
34	Sanoh Soufiana	Gardien	Kankan	N	10/1/98	fin projet
35	Sidibé Ansoumane	Chauffeur	Kankan	N	2/1/99	fin projet

ANNEXES

---

36	Soumah Marie-Françoise	Secrétaire Réceptionniste	Kankan	N	1/23/00	fin projet
37	Touré Mamady	Gardien	Kankan	N	4/23/00	fin projet
38	Touré Memouna	Gestionnaire de Bureau	Kankan	N	4/24/99	fin projet

---



---

**ANNEXE L**  
**SUIVI DU BUDGET DE CONAKRY DÉCEMBRE 2000**

---

**PRISM**  
**-Guinée**  
**Bureau de**  
**Conakry**  
**Mois de:**

Dec-00

**FICHE DE SUIVI BUDGÉTAIRE**

**Année 2000**

Catégories Budgétaires Postes/Lignes Budgétaires	Données Brutes					Moyennes Mensuelles				
	Budget Annuel	Dépenses			Solde Budgétaire (c1-c5)	Budget Total (c1/12)	Dépenses Cumulées (c5/n)	Surplus (Déficit) (c7-c8)	Budget Disponible (c6/12-n)	
		Cumulées antérieures	Mois Courant							Cumulées (=sum c2,3,4)
			Paielements	Reçu en nature						
c1	c2	c3	c4	c5	c6	c7	c8	c9	c10	
<b>Frais du Personnel</b>										
5120 Salaires (salaire mensuel moyen)	121,009,848	95,823,285	9,332,724		105,156,009	15,853,839	10,084,154	1,321,153	8,763,001	
Prime annuelle de Performance	10,084,154		6,118,106		6,118,106	3,966,048		330,504	(330,504)	
Contributions Patronale CNSS	9,948,978	5,490,345	2,170,046		7,660,391	2,288,587	829,082	190,716	638,366	
Contributions CNSS 1999 (retard)	9,724,639	9,724,639			9,724,639		0		0	
Assurance Santé UGAR	12,960,000	7,893,133			7,893,133	5,066,867	1,080,000	422,239	657,761	
	#REF!					#REF!		#REF!	#REF!	
<b>Déplacements/transports "hors formation"</b>									0	
5141 Billets d'avion	3,360,000	2,441,440	4,330,900		6,772,340	- 3,412,340	280,000	- 284,362	564,362	
5143 Perdiem	30,240,000	20,339,575	245,100		20,584,675	9,655,325	2,520,000	804,610	1,715,390	
5147 Transport local (taxi, bus, taxi brousse)	900,000	1,013,531	153,500		1,167,031	- 267,031	75,000	- 22,253	97,253	
5209 Location véhicule	3,600,000	4,470,000			4,470,000	- 870,000	300,000	- 72,500	372,500	
	#REF!					#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	
<b>Services</b>							0		0	
5181 Location Immeuble	24,255,000	49,301,209			49,301,209	- 25,046,209	2,021,250	- 2,087,184	4,108,434	
5182 Communication Téléphonique	#REF!					#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	
Lignes Téléphoniques PRISM	16,800,000	7,627,088	4,082,119		11,709,207	5,090,793	1,400,000	424,233	975,767	

## ANNEXES

	Abonnements/frais E.mail	3,780,000	1,951,600		1,951,600	1,828,400	315,000	152,367	162,633
	Location relais/fréquence radios	5,203,000	2,474,068		2,474,068	2,728,932	433,583	227,411	206,172
	Com. hors lignes PRISM						382,500		382,500
	5185 Photocopies/Impressions (hors formation)	4,590,000	2,757,230	352,962	3,110,192	1,479,808	382,500	123,317	259,183
	5186 Courriers/Expédition (Shipment)	#REF!				#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
	Courrier régulier	11,880,000	13,696,009	948,163	14,644,172	2,764,172	990,000	230,348	1,220,348
	Envois spéciaux (in-country shipment)	6,000,000	4,742,985		4,742,985	1,257,015	500,000	104,751	395,249
	5188 Frais de Déménagement	0					0		0
	5189 Utilities	#REF!				#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
	Électricité Sogel	12,000,000	8,433,595	182,790	8,616,385	3,383,615	1,000,000	281,968	718,032
	Carburant groupe bureau		1,077,505	341,432	1,418,937	1,418,937	0	118,245	118,245
	Eau Seeg	420,000	348,134	109,576	457,710	37,710	35,000	3,143	38,143
	Autres Services	#REF!	365,820	565,358	931,178	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
	5207 Traduction	6,000,000				6,000,000	500,000	500,000	0
	5209 Gardiennage	35,640,000	40,893,492	3,476,426	44,369,918	8,729,918	2,970,000	727,493	3,697,493
	5209 Prestataires: Soutien Administratif	1,800,000	5,639,908	498,250	6,138,158	4,338,158	150,000	361,513	511,513
	5209 Rénovation/Réparation bureau	3,000,000	2,012,150		2,012,150	987,850	250,000	82,321	167,679
		#REF!				#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
	<b>Fournitures et Petit Matériel (hors formation)</b>						0		0
	5183 Fournitures de Bureau	#REF!				#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
	Papéterie bureau à réquisitionner à Conakry	6,399,996	4,228,966	544,560	4,773,526	1,626,470	533,333	135,539	397,794
	Papéterie bureau dépannage (10%)						0		0
	Fournitures d'entretien/nettoyage	720,000	683,200		683,200	36,800	60,000	3,067	56,933
	Fournitures cuisines	900,000	1,042,650		1,042,650	142,650	75,000	11,888	86,888
	5195 Fournitures Informatiques	2,400,000	5,772,900		5,772,900	3,372,900	200,000	281,075	481,075
		#REF!				#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
	<b>Fonctionnement Parc Véhicules</b>						0		0

ÉVALUATION MI-PARCOURS DU PROJET PRISM

5319 Carburant	14,280,000	14,503,873			14,503,873	- 223,873	1,190,000	- 18,656	1,208,656
5319 Entretien/Réparations/Pièces 25% carbu)	3,570,000	7,240,732	1,580,810		8,821,542	- 5,251,542	297,500	- 437,629	735,129
5319 Vignettes et autres attestations	480,000	450,000			450,000	30,000	40,000	2,500	37,500
5319 Assurances	6,000,000	1,034,254			1,034,254	4,965,746	500,000	413,812	86,188
	#REF!					#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
<b>Entretien/Rép./Pièces/Installation</b>							0		0
5313 Photocopieurs	1,750,000	660,300	1,035,000		1,695,300	54,700	145,833	4,558	141,275
5313 Systèmes Communications	#REF!					#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
Téléphone	0						0		0
Radios	0	1,035,143			1,035,143	- 1,035,143	0	- 86,262	86,262
Fax	0						0		0
5313 Groupes Électrogènes (bureau/résidences)	2,500,000	4,676,281			4,761,831	- 2,261,831	208,333	- 188,486	396,819
			85,550						
5313 Ordinateurs et Périphériques	1,800,000	1,860,000			1,860,000	- 60,000	150,000	- 5,000	155,000
5313 Climatiseurs	700,000	500,000			500,000	200,000	58,333	16,667	41,667
	#REF!					#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
<b>Autres Dépenses Diverses</b>							0		0
5298 Frais bancaires	500,000	3,900,445	4,520		3,904,965	- 3,404,965	41,667	- 283,747	325,414
Réunions internes	500,000	1,350,000			1,350,000	- 850,000	41,667	- 70,833	112,500
Permis de résidence, de séjour et visas	700,000	1,275,000	106,000		1,381,000	- 681,000	58,333	- 56,750	115,083
5291 Frais de Recrutement	2,250,000	338,000			338,000	1,912,000	187,500	159,333	28,167
Autres Divers (2,5% hors frais personnels)	6,329,040	3,935,000	358,000		4,293,000	2,036,040	527,420	169,670	357,750
	#REF!								
	#REF!								
<b>BUDGET TOTAL ANNÉE 2000</b>	#REF!	343,003,485	36,621,892	0	379,625,377	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!
<b>IR.1: Amélioration de l'Accès</b>									

<b><u>IR. 2: Amélioration de la Qualité</u></b>									
Formation des prestataires à IST/SIDA	6,028,897			6,028,897					
Atelier de planification stratégique à DALABA	7,018,500			7,018,500					
Curriculum pour la formation des jeunes N'Z et CS	910,875			910,875					
Atelier de Formation en facilitation COPE	300,000			300,000					
				-					
				-					
<b><u>IR. 3: Amélioration de la Demande</u></b>									
CERREGUI	32,393,459			32,393,459					
Séminaire sur l'élaboration des messages IEC	853,000			853,000					
Atelier d'orientation SBC	3,111,312			3,111,312					
Atelier de taady club	2,559,483			2,559,483					
				-					
				-					
<b><u>IR. 4: Amélioration de la Coordination</u></b>									
Atelier de formation des formateurs à DALABA	25,575,789			25,575,789					
				-					
<b>Total Budget Technique:</b>									



---

**ANNEXE M**

**SUIVI DU BUDGET DE KANKAN DÉCEMBRE 2000**

---

Mois de: Dec 2000

Kankan

Année 2000

source: PRISM - Mars 2001

Catégories Budgétaires Postes/Lignes Budgétaires	Données Brutes					Moyennes Mensuelles				
	Budget Annuel	Dépenses			Solde Budgétaire (c1-c5)	Budget Total (c1/12)	Dépenses Cumulées (c5/n)	Surplus (Déficit) (c7-c8)	Budget Disponible (c6/12-n)	
		Cumulées antérieures	Mois Courant							Cumulées (=sum c2,3,4)
			Paiements	Reçu en nature						
c1	c2	c3	c4	c5	c6	c7	c8	c9	c10	
<b>BUDGET DE FONCTIONNEMENT</b>										
<b>Frais du Personnel</b>										
5120 Salaires (salaire mensuel moyen)	190,874,436	155,066,813	10,531,612	1,709,644	167,308,069	23,566,367	15,906,203	13,942,339	1,963,864	23,566,367
Prime annuelle de Performance	15,906,203	7,867,031	5,791,164		13,658,195	2,248,008	1,325,517	1,138,183	187,334	2,248,008
Contributions Patronale CNSS	13,476,144	9,273,958	1,079,132		10,353,090	3,123,054	1,123,012	862,758	260,255	3,123,054
Contributions CNSS 1999 (retard)	6,738,072	0			0	6,738,072	561,506	0	561,506	6,738,072
Assurance Santé UGAR	24,840,000	16,264,000			16,264,000	8,576,000	2,070,000	1,355,333	714,667	8,576,000
					0	0	0	0	0	0
					0	0	0	0	0	0
<b>Déplacements/transports "hors formation"</b>										
5141 Billets d'avion	6,720,000	1,446,060			1,446,060	5,273,940	560,000	120,505	439,495	5,273,940
5143 Perdiem	43,680,000	14,762,270			14,762,270	28,917,730	3,640,000	1,230,189	2,409,811	28,917,730
5147 Transport local (taxi, bus, taxi brousse)	600,000	85,500			85,500	514,500	50,000	7,125	42,875	514,500
5209 Location véhicule	0	0			0	0	0	0	0	0
	0	0			0	0	0	0	0	0
<b>Services</b>										
5181 Location Immeuble	25,725,000	24,629,953			24,629,953	1,095,047	2,143,750	2,052,496	91,254	1,095,047
5182 Communication Téléphonique	0	0			0	0	0	0	0	0
Lignes Téléphoniques PRISM	9,600,000	4,169,808			4,169,808	5,430,192	800,000	347,484	452,516	5,430,192
Abonnements/frais E.mail	2,400,000	10,000			10,000	2,390,000	200,000	833	199,167	2,390,000
Location relais/fréquence radios	0	0			0	0	0	0	0	0
Com. hors lignes PRISM	0	0			0	0	0	0	0	0
5185 Photocopies/Impressions (hors formation)	0	717,900			717,900	-717,900	0	59,825	(59,825)	(717,900)
5186 Courriers/Expédition (Shipment)	0	0			0	0	0	0	0	0

## ANNEXES

	Courrier régulier	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Envois spéciaux (in-country shipment)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5188 Frais de Déménagement	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5189 Utilities	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Électricité Sogel	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Carburant groupe bureau	15,300,000	5,092,500	5,092,500	10,207,500	1,275,000	424,375	850,625	10,207,500	
	Eau Seeg	420,000	90,100	90,100	329,900	35,000	7,508	27,492	329,900	
	Autres Services	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5207 Traduction	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5209 Gardiennage	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	5209 Prestataires: Soutien Administratif	0	100,000	100,000	-100,000	0	8,333	(8,333)	(100,000)	
	5209 Rénovation/Réparation bureau	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b><u>Fournitures et Petit Matériel (hors formation)</u></b>									
	5183 Fournitures de Bureau	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Papéterie bureau à réquisitionner à Conakry	5,739,996	0	0	5,739,996	478,333	0	478,333	5,739,996	
	Papéterie bureau dépannage (10%)	574,000	50,000	50,000	524,000	47,833	4,167	43,667	524,000	
	Fournitures d'entretien/nettoyage	720,000	101,700	101,700	618,300	60,000	8,475	51,525	618,300	
	Fournitures cuisines	720,000	465,500	465,500	254,500	60,000	38,792	21,208	254,500	
	5195 Fournitures Informatiques	2,400,000	0	0	2,400,000	200,000	0	200,000	2,400,000	
		0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b><u>Fonctionnement Parc Véhicules</u></b>									
	5319 Carburant	20,400,000	14,304,263	14,304,263	6,095,737	1,700,000	1,192,022	507,978	6,095,737	
	5319 Entretien/Réparations/Pièces 25% carbu)	5,100,000	5,234,546	5,234,546	-134,546	425,000	436,212	(11,212)	(134,546)	
	5319 Vignettes et autres attestations	640,000	0	0	640,000	53,333	0	53,333	640,000	
	5319 Assurances	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b><u>Entretien/Rép./Pièces/Installation</u></b>									
	5313 Photocopieurs	3,500,000	2,235,000	2,235,000	1,265,000	291,667	186,250	105,417	1,265,000	
	5313 Systèmes Communications	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Téléphone	0	72,350	72,350	-72,350	0	6,029	(6,029)	(72,350)	
	Radios	0	461,500	461,500	-461,500	0	38,458	(38,458)	(461,500)	
	Fax	0	0	0	0	0	0	0	0	0

ÉVALUATION MI-PAROURS DU PROJET PRISM

5313 Groupes Électrogènes (bureau/résidences)	3,750,000	5,110,600			5,110,600	-1,360,600	312,500	425,883	(113,383)	(1,360,600)
5313 Ordinateurs et Périphériques	2,400,000	255,000			255,000	2,145,000	200,000	21,250	178,750	2,145,000
5313 Climatiseurs	1,600,000	0			0	1,600,000	133,333	0	133,333	1,600,000
					0	0	0	0	0	0
<b>Autres Dépenses Diverses</b>					0	0	0	0	0	0
5298 Frais bancaires	250,000	47,756			47,756	202,244	20,833	3,980	16,854	202,244
Réunions internes	400,000	0			0	400,000	33,333	0	33,333	400,000
Permis de résidence, de séjour et visas	0	0			0	0	0	0	0	0
5291 Frais de Recrutement	0	0			0	0	0	0	0	0
Autres Divers (2,5% hors frais personnels)	4,559,670	5,333,500			5,333,500	-773,830	379,972	444,458	(64,486)	(773,830)
					0	0	0	0	0	0
Depenses compte/autres Bureaux					0	0	0	0	0	0
					0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL FONCTIONNEMENT</b>	<b>409,033,520</b>	<b>273,247,608</b>	<b>17,401,908</b>	<b>1,709,644</b>	<b>292,359,160</b>	<b>116,674,360</b>	<b>34,086,127</b>	<b>24,363,263</b>	<b>9,722,863</b>	<b>116,674,360</b>

---

**ANNEXE N**

**SUIVI DU BUDGET DE FARANAH DÉCEMBRE 2000**

---

ÉVALUATION MI-PARCOURS DU PROJET PRISM

Catégories Budgétaires  Postes/Lignes Budgétaires	Données Brutes					Moyennes Mensuelles				
	Budget Annuel	Dépenses			Solde Budgétaire	Budget Total	Dépenses Cumulées	Surplus (Déficit)	Budget Disponible	
		Cumulées antérieures	Mois Courant							Cumulées (=sum c2,3,4)
			Paiements	Reçu en nature	(c1-c5)	(c1/12)	(c5/n)	(c7-c8)	(c6/12-n)	
	c1	c2	c3	c4	c5	c6	c7	c8	c9	c10
<b><u>BUDGET DE FONCTIONNEMENT</u></b>										
<b><u>Frais du Personnel</u></b>										
5120 Salaires (salaire mensuel moyen)	111,174,276	79,160,679	7,746,289	1,223,840	88,130,808	23,043,468	9,264,523	7,344,234	1,920,289	23,043,468
Prime annuelle de Performance	9,264,523		566,500	2,393,845	2,960,345	6,304,178		246,695	246,695	6,304,178
Contributions Patronale CNSS	7,992,384	5,549,025	1,513,464		7,062,489	929,895	666,032	588,541	77,491	929,895
Contributions CNSS 1999 (retard)	0				-	-			-	-
Assurance Santé UGAR	12,960,000	12,255,000			12,255,000	705,000	1,080,000	1,021,250	58,750	705,000
	0				-	-			-	-
<b><u>Déplacements/transports "hors formation"</u></b>										
5141 Billets d'avion	0				-	-	0		-	-
5143 Perdiem	28,080,000	18,754,050		3,111,500	21,865,550	6,214,450	2,340,000	1,822,129	517,871	6,214,450
5147 Transport local (taxi, bus, taxi brousse)	1,200,000	289,600		100,000	389,600	810,400	100,000	32,467	67,533	810,400
5209 Location véhicule	0				-	-	0		-	-
	0				-	-	0		-	-
<b><u>Services</u></b>										
5181 Location Immeuble	0				-	-	0		-	-
5182 Communication Téléphonique	0				-	-	0		-	-
Lignes Téléphoniques PRISM	1,800,000		1,096,220		2,437,112	637,112	150,000		53,093	

## ANNEXES

		1,340,892					203,093		637,112		
	Abonnements/frais E.mail	0			-	-	0		-		
	Location relais/fréquence radios	0			-	-	0		-		
	Com. hors lignes PRISM	0			-	-	0		-		
5185	Photocopies/Impressions (hors formation)	1,800,000	1,354,400		1,354,400	445,600	150,000	112,867	37,133	445,600	
5186	Courriers/Expédition (Shipment)	0			-	-	0		-		
	Courrier régulier	0			-	-	0		-		
	Envois spéciaux (in-country shipment)	0			-	-	0		-		
5188	Frais de Déménagement	0			-	-	0		-		
5189	Utilities	0			-	-	0		-		
	Électricité Sogel	0			-	-	0		-		
	Carburant groupe bureau	6,120,000	738,000		833,250	1,571,250	4,548,750	510,000	130,938	379,063	4,548,750
	Eau Seeg	360,000				-	360,000	30,000		30,000	360,000
	Autres Services	0			-	-	0		-		
5207	Traduction	0			-	-	0		-		
5209	Gardiennage	0			-	-	0		-		
5209	Prestataires: Administratif	0			-	-	0		-		
5209	Rénovation/Réparation bureau	0			-	-	0		-		
		0			-	-	0		-		
	<b>Fournitures et Petit Matériel (hors formation)</b>						0				
5183	Fournitures de Bureau	0			-	-	0		-		
	Papéterie bureau à réquisitionner à Conakry	4,815,996	3,848,152		748,642	4,596,794	219,202	401,333	383,066	18,267	219,202
	Papéterie bureau dépannage (10%)	481,600	317,350			317,350	164,250	40,133	26,446	13,687	164,250
	Fournitures	480,000				346,500	133,500	40,000		11,125	

ÉVALUATION MI-PARCOURS DU PROJET PRISM

d'entretien/nettoyage		346,500					28,875		133,500
Fournitures cuisines	600,000	320,300		320,300	279,700	50,000	26,692	23,308	279,700
5195 Fournitures Informatiques	2,000,000			-	2,000,000	166,667	-	166,667	2,000,000
	0			-	-	0	-	-	-
<b>Fonctionnement Parc Véhicules</b>				-	-	0	-	-	-
5319 Carburant	12,240,000	8,705,068	488,800	9,193,868	3,046,132	1,020,000	766,156	253,844	3,046,132
5319 Entretien/Réparations/Pièces 25% carbu)	3,060,000	2,474,885	312,041	2,786,926	273,074	255,000	232,244	22,756	273,074
5319 Vignettes et autres attestations	320,000			-	320,000	26,667	-	26,667	320,000
5319 Assurances	0			-	-	0	-	-	-
	0			-	-	0	-	-	-
<b>Entretien/Rép./Pièces/Installation</b>				-	-	0	-	-	-
5313 Photocopieurs	1,750,000			-	1,750,000	145,833	-	145,833	1,750,000
5313 Systèmes Communications	0			-	-	0	-	-	-
Téléphone	0			-	-	0	-	-	-
Radios	0			-	-	0	-	-	-
Fax	0			-	-	0	-	-	-
5313 Groupes Électrogènes (bureau/résidences)	2,500,000	1,762,250	197,000	1,959,250	540,750	208,333	163,271	45,063	540,750
5313 Ordinateurs et Périphériques	1,800,000			-	1,800,000	150,000	-	150,000	1,800,000
5313 Climatiseurs	800,000			-	800,000	66,667	-	66,667	800,000
	0			-	-	0	-	-	-
<b>Autres Dépenses Diverses</b>				-	-	0	-	-	-
5298 Frais bancaires	250,000	194,640		194,640	55,360	20,833	16,220	4,613	55,360
Réunions internes	250,000	54,000		54,000	196,000	20,833	4,500	16,333	196,000

## ANNEXES

Permis de résidence, de séjour et visas	0				-	-	0	-	-	-
5291 Frais de Recrutement	0				-	-	0	-	-	-
Autres Divers (2,5% hors frais personnels)	2,106,228		255,000	255,000	1,851,228	175,519	21,250	154,269	1,851,228	
	0				-	-	0	-	-	-
	0						0			
<b>TOTAL FONCTIONNEMENT</b>	0						0			
	214,205,006	137,464,791	11,119,473	9,466,918	158,051,182	56,153,824	17,850,417	13,170,932	4,679,485	56,153,824
	0						0			
<b><u>BUDGET TECHNIQUE</u></b>										
<b><u>IR 1: Amélioration de l'ACCES</u></b>							0			
							0			
Activité A.1:	8,654,000					8,654,000	721,167	-	721,167	8,654,000
Activité A.2:	13,552,000	13,824,250			13,824,250	-	272,250	1,129,333	1,152,021	-
										272,250
Activité A.3:	10,617,240	6,035,537			6,035,537	4,581,703	884,770	502,961	381,809	4,581,703
Activité A.4:	17,628,500	70,000			70,000	17,558,500	1,469,042	5,833	1,463,208	17,558,500
Activité A.5:	6,393,000				-	6,393,000	532,750	-	532,750	6,393,000
					-	-	0	-	-	-
<b><u>IR 2: Amélioration de la QUALITÉ</u></b>							0			
							0			
Activité Q.1:	20,425,680	2,489,380			2,489,380	17,936,300	1,702,140	207,448	1,494,692	17,936,300
Activité Q.2:	11,058,000	1,888,000	4,135,200		6,023,200	5,034,800	921,500	501,933	419,567	5,034,800
Activité Q.3:	15,867,000				-	15,867,000	1,322,250	-	1,322,250	15,867,000
Activité Q.4:	20,194,500				-	20,194,500	1,682,875	-	1,682,875	20,194,500
Activité Q.5:	15,000,000				-	15,000,000	1,250,000	-	1,250,000	15,000,000
					-	-	0	-	-	-
<b><u>IR 3: Augmentation de la DEMANDE</u></b>							0			
							0			







---

**ANNEXE O**

**SUIVI DU BUDGET DE NZEREKORE DÉCEMBRE 2000**

---

## PRISM-Guinée

Bureau de N'Zérékoré

Mois de:

Dec-00

## FICHE DE SUIVI BUDGÉTAIRE

Année 2000

Catégories Budgétaires Postes/Lignes Budgétaires	Données Brutes					Moyennes Mensuelles				
	Budget Annuel	Dépenses			Solde Budgétaire (c1-c5)	Budget Total (c1/12)	Dépenses Cumulées (c5/n)	Surplus (Déficit) (c7-c8)	Budget Disponible (c6/12-n)	
		Cumulées antérieures	Mois Courant							Cumulées (=sum c2,3,4)
			Paiements	Reçu en nature						
c1	c2	c3	c4	c5	c6	c7	c8	c9	c10	
<b><u>BUDGET DE FONCTIONNEMENT</u></b>										
<b><u>Frais du Personnel</u></b>										
5120 Salaires (salaire mensuel moyen)	154,424,280	124,471,660	9,178,816	1,242,093	134,892,569	19,531,711	12,868,690	13,489,257	620,567	19,531,711
Prime annuelle de Performance	12,868,690		4,409,809		4,409,809	8,458,881		440,981	440,981	8,458,881
Contributions Patronale CNSS	12,964,692	13,884,992	1,321,818		15,206,810	2,242,118	1,080,391	1,520,681	440,290	2,242,118
Contributions CNSS 1999 (retard)	13,388,819	15,706,743			15,706,743	2,317,924		1,570,674	1,570,674	2,317,924
Assurance Santé UGAR	22,680,000	12,571,733			12,571,733	10,108,267	1,890,000	1,257,173	632,827	10,108,267
<b><u>Déplacements/transports "hors formation"</u></b>										
5141 Billets d'avion	0	1,358,690	200,000		1,558,690	1,558,690	0	155,869	155,869	1,558,690
5143 Perdiem	36,192,000	21,055,365	540,300	550,000	22,145,665	14,046,335	3,016,000	2,214,567	801,434	14,046,335
5147 Transport local (taxi, bus, taxi brousse)	600,000	248,000	55,000		303,000	297,000	50,000	30,300	19,700	297,000
5209 Location véhicule	0						0			
	0						0			
<b><u>Services</u></b>										
5181 Location Immeuble	7,200,000				7,200,000		600,000	720,000		

## ANNEXES

		7,200,000						120,000	
5182 Communication Téléphonique	0					0	-		
Lignes Téléphoniques PRISM	6,006,000	5,290,629	2,334,749		7,625,378	1,619,378	500,500	762,538	262,038
Abonnements/frais E.mail	1,200,000	50,000			50,000	1,150,000	100,000	5,000	95,000
Location relais/fréquence radios	0						0	-	
Com. hors lignes PRISM	0						0	-	
5185 Photocopies/Impressions (hors formation)		906,950	2,000		908,950	908,950	0	90,895	90,895
5186 Courriers/Expédition (Shipment)	0						0	-	
Courrier régulier	0						0	-	
Envois spéciaux (in-country shipment)	0						0	-	
5188 Frais de Déménagement	0						0	-	
5189 Utilities	0						0	-	
Électricité Sogel	0						0	-	
Carburant groupe bureau	15,300,000	9,170,000			9,170,000	6,130,000	1,275,000	917,000	358,000
Eau Seeg	420,000	152,175	34,000		186,175	233,825	35,000	18,618	16,383
Autres Services	0						0	-	
5207 Traduction	0						0	-	
5209 Gardiennage	0						0	-	
5209 Prestataires: Soutien Administratif	0	2,591,000			2,591,000	2,591,000	0	259,100	259,100
5209 Rénovation/Réparation bureau	0	2,684,050			2,684,050	2,684,050	0	268,405	268,405
						#REF!	#REF!	-	
<b>Fournitures et Petit Matériel (hors formation)</b>							0	-	
5183 Fournitures de Bureau	0						0	-	
Papeterie bureau à réquisitionner à Conakry	5,541,996	6,558,473			6,558,473	1,016,477	461,833	655,847	194,014

ÉVALUATION MI-PARCOURS DU PROJET PRISM

Papèterie bureau dépannage (10%)	554,200	171,500			171,500	382,700	46,183	17,150	29,033	382,700
Fournitures d'entretien/nettoyage	720,000	210,530	1,000		211,530	508,470	60,000	21,153	38,847	508,470
Fournitures cuisines	600,000	398,180			398,180	201,820	50,000	39,818	10,182	201,820
5195 Fournitures Informatiques	2,000,000	1,308,048			1,308,048	691,952	166,667	130,805	35,862	691,952
	0				-	-	0	-	-	-
<b>Fonctionnement Parc Véhicules</b>					-	-	0	-	-	-
5319 Carburant	18,360,000	8,632,779		783,900	9,416,679	8,943,321	1,530,000	941,668	588,332	8,943,321
5319 Entretien/Réparations/Pièces 25% carbu)	4,590,000	6,086,469	12,000	1,254,712	7,353,181	2,763,181	382,500	735,318	352,818	2,763,181
5319 Vignettes et autres attestations	480,000	10,000			10,000	470,000	40,000	1,000	39,000	470,000
5319 Assurances	0	211,150			211,150	211,150	0	21,115	21,115	211,150
	0				-	-	0	-	-	-
<b>Entretien/Rép./Pièces/Installation</b>					-	-	0	-	-	-
5313 Photocopieurs	3,500,000	1,432,000			1,432,000	2,068,000	291,667	143,200	148,467	2,068,000
5313 Systèmes Communications	0				-	-	0	-	-	-
Téléphone	0	3,830,000			3,830,000	3,830,000	0	383,000	383,000	3,830,000
Radios	0	4,944,818			4,944,818	4,944,818	0	494,482	494,482	4,944,818
Fax	0				-	-	0	-	-	-
5313 Groupes Électrogènes (bureau/résidences)	2,500,000	9,745,111	5,000		9,750,111	7,250,111	208,333	975,011	766,678	7,250,111
5313 Ordinateurs et Périphériques	1,800,000	465,000			465,000	1,335,000	150,000	46,500	103,500	1,335,000
5313 Climatiseurs	1,000,000	2,383,794			2,383,794	1,383,794	83,333	238,379	155,046	1,383,794
	0				-	-	0	-	-	-
<b>Autres Dépenses Diverses</b>					-	-	0	-	-	-
5298 Frais bancaires	250,000	133,684			133,684	116,316	20,833	13,368	7,465	116,316

## ANNEXES

Réunions internes	250,000	48,700			48,700	201,300	20,833	4,870	15,963	201,300
Permis de résidence, de séjour et visas	0					-	0	-		
5291 Frais de Recrutement	0					-	0	-		
Autres Divers (2,5% hors frais personnels)	3,256,926	10,003,495	68,000		10,071,495	6,814,569	271,411	1,007,150	735,739	6,814,569
	0					-	0	-		
	0						0			
<b>TOTAL FONCTIONNEMENT</b>	0	273,915,718	18,162,492	3,830,705	295,908,915		0	24,659,076		
	0						0			
<b><u>BUDGET TECHNIQUE</u></b>							0			
<b><u>IR 1: Amélioration de l'ACCES</u></b>							0			
Activité A.1:	2,953,500					2,953,500	246,125	-	246,125	2,953,500
Activité A.2:	4,608,250					4,608,250	384,021	-	384,021	4,608,250
Activité A.3:	37,013,000	15,227,947			15,227,947	21,785,053	3,084,417	1,268,996	1,815,421	21,785,053
Activité A.4:	45,118,000					45,118,000	3,759,833	-	3,759,833	45,118,000
Activité A.5:						-	0	-		
						-	0	-		
<b><u>IR 2: Amélioration de la QUALITÉ</u></b>							0	-		
Activité Q.1:	24,691,700	4,634,912			4,634,912	20,056,788	2,057,642	386,243	1,671,399	20,056,788
Activité Q.2:	21,254,500	13,821,186			13,821,186	7,433,314	1,771,208	1,151,766	619,443	7,433,314
						-	0	-		
<b><u>IR 3: Augmentation de la DEMANDE</u></b>							0	-		
Activité D.1:	40,185,000	14,990,900			14,990,900	25,194,100	3,348,750	1,249,242	2,099,508	25,194,100
Activité D.2:	5,959,000					5,959,000	496,583	-	496,583	5,959,000

ÉVALUATION MI-PARCOURS DU PROJET PRISM

						-	-	0	-	-	-
<b>IR 4: Amélioration de la COORDINATION</b>						-	-	0	-	-	-
Activité C.1:	3,738,000	969,400			969,400	2,768,600	311,500	80,783	230,717	2,768,600	
Activité C.2:	4,562,000					4,562,000	380,167	-	380,167	4,562,000	
							0				
<b>TOTAL BUDGET TECHNIQUE</b>	190,082,950	49,644,345	-	-	49,644,345	140,438,605	15,840,246	4,137,029	11,703,217	140,438,605	
	<b>PAIEMENTS TOTAUX</b>										
	---										

---

**ANNEXE P**  
**CODIFICATION DES COÛTS PAR OBJECTIF**

---

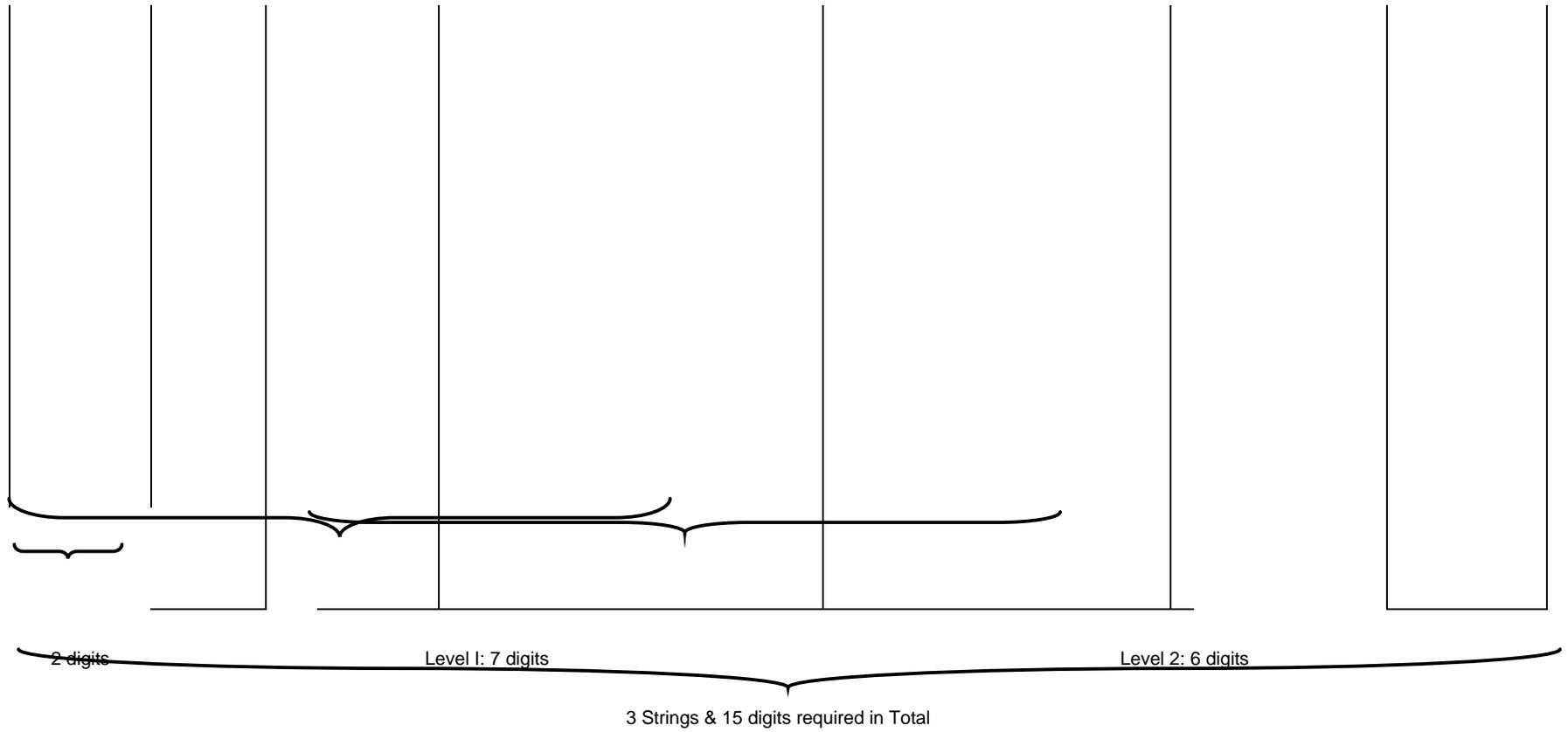
**Guinea PRISM Project - Grant Money Coding Structure for Solomon**

Select Organization from which source of funding or cost share originates

Select Technical Area following the Work Plan

Select one outcome to match your IR

Project ID	Country	Intermediate Result	Technical Area	Outcome	Organization	Location
B1	GN	10 Access	100 Activities related to Access; IR 1	10 Family Planning & Reproductive Health	00 Federal Share	30 Conakry
		20 Quality	200 Activities related to Quality; IR 2		10 MSH: fund balance/OH	31 Faranah
		30 Demand	300 Activities related to Demand; IR 3		11 Hewlett	32 Kankan
		40 Coordination	400 Activities related to Coordination; IR 4		12 Gates Foundation	33 Nzérékoré
		50 Project Mgmt.	500 Project Management		13 KFW	38 Boston
		99 Other	990 Other		14 SIDA2	39 Washington
					15 PPSG	99 Other
					16 GTZ	
					30 JHU/CCP	
					40 JHPIEGO	
					50 AVSC	





---

**ANNEXE Q**

**COUTS DE STRUCTURES VERSUS COUTS DE MISE EN OEUVRE**

---

Management Sciences for Health  
PRISM PROJECT

Cost Distribution between Structural and Technical Elements

Main Budget Lines	MSH-FY2000 (07/1/99 - 06/30/00) Expenses		Calendar 2001 (01/1/01 - 12/31/01) Projected	
I. Salaries & Wages	766,025		675,357	
II. Consultants	82,199		81,935	
III. Overhead	489,522		418,565	
IV. Travel & Transportation				
International resident experts	86,085		44,281	
International consultants	130,584		93,710	
Local travel	108,965		57,260	
V. Allowances	196,214		244,473	
VI. Subcontracts				
CCP				
Structural	342,001		333,000	
Development	418,001		407,000	
Others	180,127		184,000	
VII. Grants	0		25,000	
VIII. Training	141,631		370,000	
Equip., Supplies &				
IX. Pharmaceuticals				
Project's needs	185,615		57,000	
Sub-Recipients	61,457		140,575	
X. Other Direct Costs	455,063		313,764	
<b>TOTAL</b>	<b>\$3,643,489</b>		<b>\$3,445,920</b>	
Technical	\$1,122,964	30.82%	\$1,359,480	39.45%

Structural	\$2,520,525	69.18%	\$2,086,440	60.55%
	<b>\$3,643,489</b>	<b>100.00%</b>	<b>\$3,445,920</b>	<b>100.00%</b>
	<b>Characteristics</b> - -Conakry + 3 full size Reg. Off. -4.5 y/p expat. Experts		<b>Characteristics</b> -Conakry + 2 Reg Off. (1 full size) -3.0 y/p expat. Experts -Y4 = smaller equip. needs than previous years	



---

**ANNEXE R**  
**BUDGET PRÉVISIONNEL BUREAUX 2001**

---

Fonctionnement (prévision)	Année 2001				1900	
	Conakry	Kankan	Faranah	Nzerekore	Total	USD
<i>Fonctionnement hors salaire</i>						
Déplacement hors formation	37,620,000	113,788,296	6,240,000	6,216,000	163,864,296	86,244
Services	199,641,000	85,718,573	8,860,000	27,182,000	321,401,573	169,159
Fournitures	11,919,996	30,600,000	5,480,000	160,000	48,159,996	25,347
Vehicules	27,480,000	57,870,000	6,760,000	2,360,000	94,470,000	49,721
Entretien	14,850,000	32,135,000	5,700,000	1,700,000	54,385,000	28,624
Divers	13,095,330	14,653,356	1,241,200	1,628,540	30,618,426	16,115
Total	304,606,326	334,765,225	34,281,200	39,246,540	712,899,291	375,210
USD	160,319	176,192	18,043	20,656	375,210	
	42.7%	47.0%	4.8%	5.5%		
Personnel local	149,616,542	415,063,668	44,190,488	24,756,884	633,627,582	333,488
Fonctionnement avec p. local	454,222,868	749,828,893	78,471,688	64,003,424	1,346,526,873	
USD	239,065	394,647	41,301	33,686	708,698	
	33.7%	55.7%	5.8%	4.8%		
Personnel international	0	0	0	0	0	
Total avec internationaux	454,222,868	749,828,893	78,471,688	64,003,424	1,346,526,873	
USD	239,065	394,647	41,301	33,686	708,698	
	33.7%	55.7%	5.8%	4.8%		

---

**ANNEXE S**

**INDICATEURS RÉSULTATS INTERMÉDIAIRE #1**

---

## ANNEXE S

## ATTEINTE DE L' IR1: AMÉLIORER L' ACCÈS

Activité	Borne/Jalon	trimestre/ année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)						
				An 1 pre	An 1 rea	An 2 pre	An 2 rea	An 3 pre	An 3 rea	An 4 pre
	<i>USAID : % des CS qui affichent clairement le prix des accouchements</i>							<i>HG : 15% GF : 14%</i>	<i>SM : 96% (n=23) FP : 65% (n=22)</i>	
	<i>USAID : % des CS dans la zone du projet qui offrent des services de PF et prevention des MST/SIDA</i>							95%	97% (174/179)	
<b>1.1 Cartographier le système de santé</b>										
1.1.1 Faire une analyse rapide de la situation	Diagnostic du système de santé est complété: (1) inventaire (2) capacité de gestion des CS	3/1 3/3 3/5	Evaluation interne complétée	X	(n= 30 CS, 7 hop), rapport fourni avec re-soumission			X	22 HC pour PPSPF	
1.1.2 Participer à 1 <sup>er</sup> AS avec Population Council (questionnaire +	Les résultats de 1 <sup>er</sup> AS sont utilisés pour le monitoring des activités du projet	2/1 - 4/1		X			Participation au comité			

Activité	Borne/Jalon	trimestre/ année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)							
				An 1 pre	An 1 rea	An 2 pre	An 2 rea	An 3 pre	An 3 rea	An 4 pre	
analyse)	PRISM										
1.1.3 Participer à l'EDS avec Mesures		4/1 - 4/2					C Conseils donnes				
1.1.4 Participer à d'autres grandes enquêtes		An 3-5					Debut de l'etude Hewlett	EC	EC		
<b>1.2. Améliorer la distribution et élargir la gamme des produits PF disponibles</b> <i>(voir 1.9 pour niveau SBC)</i>	Les systèmes sont en place pour assurer la disponibilité des produits PF		# CS intégrés en PF ayant une gamme complète de produits PF disponibles sans rupture de stock dans les 6 mois précédents	60		80	EC L'analyse situationnelle n'informe que sur la disponibilité pour 2 mois, Enquete planifiées pour an 3	100			120
			# CS intégrés en PF ayant une gamme complète de produits PF disponibles sans rupture de stock dans les <u>3 mois</u> précédents					100		174 (10/00), rupture s exceptionnelles et breves dans la zone PRISM 3 des 22 PPSPF	

ÉVALUATION MI-PARCOURS DU PROJET PRISM

Activité	Borne/Jalon	trimestre/ année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)							
				An 1 pre	An 1 rea	An 2 pre	An 2 rea	An 3 pre	An 3 rea	An 4 pre	
										<i>ont eu des ruptures lors des 3 mois precedents</i>	
1.2.1 Caractériser le système actuel de la logistique/distribution des contraceptifs et faire des recommandations pour renforcer le système	Recommandations sont faites pour une AT-LT afin de renforcer la logistique des contraceptifs	2/1				X	C Diagnostic de la logistique fait par TA court-terme, rapport donné à USAID SO2		C Diagnostic de la logistique fait par TA court-terme, rapport donné à USAID SO2		
1.2.2 Logisticien de PRISM recruté; il élabore et met en oeuvre un plan basé sur les recommandations et sur ses constats personnels	Plan d'action élaboré	4/1					Logisticien a developpe un plan d'action pour mettre en oeuvre les recommandations de l'AT court terme		C		
1.2.3 Former le staff du PEV et le personnel approprié	Le staff du PEV et de PRISM sont formés en logistique						EC TA installée		IMAT introduit (85/174		

Activité	Borne/Jalon	trimestre/ année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)						
				An 1 pre	An 1 rea	An 2 pre	An 2 rea	An 3 pre	An 3 rea	An 4 pre
de PRISM dans l'utilisation des outils logistiques informatisés aux niveaux central et régional, et renforcer les compétences logistiques en général	informatisée et leurs compétences logistiques sont renforcées						CLM utilise par le système national de distribution , IMAT introduit au centre, régions & 41 CS  <u>CLM n'a jamais été installé à la cellule ME centrale, équipement au PEV</u>		CS, 4IRS, 1/2 central, 10/15 hosp) Utilisation de CLM évaluée par logisticien , Informatisation reportée, Renforcement des compétences logistiques à PRISM, PEV, et PCG <u>Pas d'informatisation cellule ME, dépôts régions</u> <u>CLM non utilisé à PCG (incompat</u>	

Activité	Borne/Jalon	trimestre/ année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)						
				An 1 pre	An 1 rea	An 2 pre	An 2 rea	An 3 pre	An 3 rea	An 4 pre
										<u>ible</u> <u>reseau), a</u> <u>la cellule</u> <u>ME</u> <u>devait</u> <u>etre</u> <u>installe/U</u> <u>NICEF),</u> <u>fonctionn</u> <u>e avec</u> <u>CPT au</u> <u>niveau</u> <u>central</u> <u>(contrace</u> <u>ptifs)</u> <u>TA</u> <u>appui</u> <u>sce</u> <u>commerci</u> <u>al PCG,</u> <u>installe</u> <u>ACAM</u> <u>(base</u> <u>donnees</u> <u>fournisseu</u> <u>rs), appui</u> <u>a la</u> <u>cellule</u> <u>centrale</u> <u>ME</u> <u>quasi-</u> <u>inexistant</u> <u>(AT</u> <u>initialeme</u>

Activité	Borne/Jalon	trimestre/ année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)						
				An 1 pre	An 1 rea	An 2 pre	An 2 rea	An 3 pre	An 3 rea	An 4 pre
									nt recrute pour assister cellule en retour de son rôle dans la distribution des contraceptifs) En attente: réponse de la banque centrale (juridique /devises) pour AOI (au lieu de gre a gre)	
1.2.4 Assister le PEV/SSP/ME dans son plan d"assurer la distribution des contraceptifs aux CS, SBC et HP intégrés en PF	Les contraceptifs sont commandés et sont continuellement disponibles à tous les niveaux du système de santé	4/1 4/2 4/3 4/4 4/5					- accord écrit entre PRISM, cellule ME & PCG pour la distribution & le stockage des		- accord écrit entre PRISM, cellule ME & PCG pour la distribution & le stockage des ME	

Activité	Borne/Jalon	trimestre/ année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)						
				An 1 pre	An 1 rea	An 2 pre	An 2 rea	An 3 pre	An 3 rea	An 4 pre
							produits SR ds les regions cibles - AT a long terme installée a PCG - proposition pour améliorer la perennité de la logistique ME & contraceptifs présentée au MOH		ds les regions cibles AT a long terme a PCG - Proposition d'amélioration de la logistique ME & contraceptifs entre centre et depots regionaux présentée au MOH - <u>distribution de contraceptifs par PRISM jusqu'aux depots HG GF de la cellule ME</u>	

Activité	Borne/Jalon	trimestre/ année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)							
				An 1 pre	An 1 rea	An 2 pre	An 2 rea	An 3 pre	An 3 rea	An 4 pre	
										indicateur de disponibilité au niveau SBC?	
<b>1.3. Assurer la disponibilité dans les CS de l'équipement clinique de base</b>	Les CS ont l'équipement clinique de base nécessaire pour les services de PF, de SMI et de MST/SIDA	4/1 1/2 autres	# CS ayant une gamme complète d'équipement médical de base pour les services de SR intégrés	64		168	Total PRISM 64 (34 HC nouvellement intégrés équipes en SR inventaire et équipement ad hoc des CS pre-PRISM prévu an 3	168	129 65: PF 19:STI care 17: PPSPF 8 (ARC) 20 (GTZ zone)	168	
<b>1.4. Définir le Paquet Minimum de Services intégrés (PMS)</b> (voir 2.2 pour Normes & Procédures)	PRISM et ses partenaires s'accordent sur le PMS, incluant les méthodes PF; le draft du document PMS est disponible		Voir l'Indicateur sous RI 2				EC AT appuyée & à court terme au MSP <u>Seul partenaire: MSP</u>		Paquet valide, dissemination pour an 4 <u>Paquet "techniquement" valide mais pas approuvé par</u>		

Activité	Borne/Jalon	trimestre/ année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)						
				An 1 pre	An 1 rea	An 2 pre	An 2 rea	An 3 pre	An 3 rea	An 4 pre
										<u>cabinet MSP, serait toujours en cours de revision (en 02/2001), seul le paquet SR est valide</u>
1.4.1 Assister le MS (SSEI) pendant le processus de définition du PMS (y compris financement AT par OMS)		4/1 1/2				X	EC <u>Pas d'OMS?</u> AT court terme par PRISM, brouillon en cours, validation prévue 2/3		Voir 1.4.	
1.4.2 Intégrer tous les éléments du PMS dans le plan opérationnel de PRISM	Le plan opérationnel de PRISM reflète le besoin d'opérationnaliser le PMS	2/2				X	Retarde, lie a 1.4.1.		C	
<b>1.5. Introduire et disséminer le PMS</b> (voir 2.3 pour dissém. des Normes)	Le MS a un PMS, officiellement approuvé		Voir 1 <sup>er</sup> Indicateur sous RI 2 <u>SousIR2 indicateurs</u> donnés pour les				Retarde, lie a 1.4.1.		Voir 1.4	

Activité	Borne/Jalon	trimestre/ année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)						
				An 1 pre	An 1 rea	An 2 pre	An 2 rea	An 3 pre	An 3 rea	An 4 pre
& Proc.)			<u>normes &amp; procedures</u> <u>SR</u> <u>Enfant</u> (voir IR2)							
1.5.1. Tenir des ateliers et des sessions de formation conformément au plan de dissémination		3/2				X	Retarde, lie a 1.4.1.	C	EC Retarde, prévu an 4	
1.5.2. Suivre l'utilisation et l'application du PMS par les CS pour ce qui concerne la SR/PF		4/2 4/3 4/4 4/5				X	Retarde, lie a 1.4.1.	EC	Retarde, prévu an 4	
<b>1.6. Compléter l'intégration des CS en PF, MST/SIDA</b> (voir aussi section sur la formation sous 2.4)	60 CS sont nouvellement intégrés en PF et en MST/SIDA et offrent ces services (An 1 & An 2)		# CS nouvellement intégrés en services PF et MST/SIDA	32		64	EC 30 CS integres et 34 en voie d'integration	64	65 par PRISM 5 restent a integrer HG	64
1.6.1 Choisir les CS pour l'intégration en PF et procéder avec l'intégration (ceci inclut de la formation)	Les CS sont identifiés et intégrés (formation incluse) en PF et en prévention des MST/SIDA	4/1 ½				X	C	X	C	

Activité	Borne/Jalon	trimestre/ année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)						
				An 1 pre	An 1 rea	An 2 pre	An 2 rea	An 3 pre	An 3 rea	An 4 pre
1.6.2 Réviser et distribuer les outils de gestion et d'IEC aux CS choisis	Les CS possèdent et utilisent les outils de gestion et d'IEC	4/1 ½				X	C Mise a jour & distribution aux CS nouvellement integres des outils de gestion & d'IEC Conseils donnes lors des supervision s	C	C Tous les 65 PF, 19 IST traitement , 22 futur PRISM+  <u>CS integres pour IST &amp; visites en HG n'ont pas recu de dotation en ME/IST , projet sida2 fournirait ME via cellule centrale. Aucun ME/IST achetes dans ces CS du aux contrainte</u>	

Activité	Borne/Jalon	trimestre/ année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)						
				An 1 pre	An 1 rea	An 2 pre	An 2 rea	An 3 pre	An 3 rea	An 4 pre
									<u>s</u> budgetair <u>es</u>	
<b>1.7. Renforcer la capacité de gestion des districts</b> <i>(voir 2.4.10 pour la supervision; 3.4.1 pour la gestion IEC; 2.5 pour le SIG; 1.10 pour les CoGes)</i>			# CS ayant du staff formé en gestion des services de santé			30	EC 41 CCS, 7 cadres DPS ou IRS formes a la gestion d'equipe & de ME	75	85 CCS en gestion ME et d'equipe  44 IRS & DPS level staff ME & equipe  40 en gestion d'equipe	125
1.7.1 Recruter et former des coordonnateurs régionaux en gestion	Les coordonnateurs en gestion sont recrutés et orientés à leurs tâches	4/1					2 coordonnateurs comptents recrutes (KK, NZ)	C	C 1 coordonnateur gestion/region <u>liste du personnel PRISM (02/01) :</u> <u>1 coord gestion/M</u>	

Activité	Borne/Jalon	trimestre/ année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)						
				An 1 pre	An 1 rea	An 2 pre	An 2 rea	An 3 pre	An 3 rea	An 4 pre
										<u>E</u> , <u>1</u> <u>coord</u> <u>gestion/</u> <u>supervisio</u> <u>n.</u> a <u>KK</u>
1.7.2 Identifier les membres de 1 <sup>re</sup> équipe de formateurs en gestion	Les équipes de formateurs sont en place, équipées de curricula et de matériels	1 /2					C Formateurs identifiés et formes	C	C	
1.7.3 Préparer, mettre à jour et disséminer les manuels de gestion pour les CS	Les manuels sont disponibles et disséminés	1 /2	- manuel pour ME - autre manuel de gestion			X	EC Manuel pour ME a finaliser avec AT PRISM IMAT dissemine dans 45 structures	EC	EC Manuel gestion ME approuve et dissemination prevue an 4 avec IMAT integre IMAT adopte comme outil national d'evaluation au niveau des structures	

Activité	Borne/Jalon	trimestre/ année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)						
				An 1 pre	An 1 rea	An 2 pre	An 2 rea	An 3 pre	An 3 rea	An 4 pre
									(mais echec quant a l'integrati on au monitorag e...) Autres manuel de gestion prevu pour an 4	
1.7.4 Accomplir des activités d'appui pour la supervision	Les CS et les postes de santé sont régulièrement visités par le staff de gestion sanitaire de PRISM selon le plan	4/1 à 4/5				X	EC 5-10 CS visites/mois	EC	EC, 5-10 visites/mois supervision routine ou selective/ PRISM <u>Total 1 a 2 Visites/CS /an, souvent sans les IRS ni DPS, supervisions cibles, sans retro-informati</u>	

Activité	Borne/Jalon	trimestre/ année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)						
				An 1 pre	An 1 rea	An 2 pre	An 2 rea	An 3 pre	An 3 rea	An 4 pre
									on écrite au niveau CS visites Au niveau PRISM: pas de rythme régulier et minimum défini ("supervisions entre les formations")	
1.7.5 Basé sur l'enquête rapide et sur l'analyse situationnelle, élaborer un plan de formation en gestion pour les régions	Les besoins en formation sont identifiés et un plan de formation est élaboré	4/1					C Programme de formation fourni avec la proposition de continuation du projet Y2-3), base sur enquête rapide	C	C <u>Analyse situationnelle retardée</u> dec 98 (pas ds an 2-3) <u>Enquête rapide conduite durant an1 utilisée</u>	

Activité	Borne/Jalon	trimestre/ année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)						
				An 1 pre	An 1 rea	An 2 pre	An 2 rea	An 3 pre	An 3 rea	An 4 pre
1.7.6 Selon le plan, former les prestataires de service à tous les niveaux; IRS, DPS, CS, en gestion (inclus le SIG), supervision et systèmes de référence	Le plan de formation est suivi	2/2 3/2 3/3 3/4	# CS recevant rétro-information régulière de leurs superviseurs			30	<u>Reporte</u> Formation IRS & DPS a la supervision prevue 1 /3 pour IST et 3 /3 pour le reste	60	- 19 STI care - 26 CBD HC - 12 futur PPSPF (12 deja ci dessus) - 20 autres/DE D HG <u>supervision par DPS au plus trimestriel en 2000 (retro-info dans RUMER), 1 a 2 visistes de PRISM seul en 99-00 dans les centres visites</u>	90

Activité	Borne/Jalon	trimestre/ année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)						
				An 1 pre	An 1 rea	An 2 pre	An 2 rea	An 3 pre	An 3 rea	An 4 pre
			# CS fournissant supervision régulière aux agents SBC			30	93% des CS avec SBC <u>(nombre absolu non fourni dans le tableau)</u> ont supervise regulierement les AC lors des 3 mois precedant l'enquete, recyclage des superviseurs SBC prevu 1/3	60	recyclage des superviseurs CBD couvre 26 CS (2 / 3) supervision reguliere par tous les agents recyclees pour les 3 derniers mois supervision limitee et irreguliere pour les autres CS, ces activites sont initiees en GF	90
1.7.7 Mettre à jour l'évaluation des besoins en formation pour la gestion et	L'évaluation des besoins est mise à jour	1/2				C	C Avec IRS et DPS	C	C Avec IRS et DPS	

Activité	Borne/Jalon	trimestre/ année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)						
				An 1 pre	An 1 rea	An 2 pre	An 2 rea	An 3 pre	An 3 rea	An 4 pre
recycler										
1.7.8 Evaluer le rendement en gestion des prestataires de service	La performance en gestion est périodiquement évaluée par les formateurs et superviseurs	3/1 2/3 2/5		C	C Baseline, enquête rapide			C	C enquête rapide (futurs PPSPF) Routine évaluation par IMAT ( <u>autoeval uation:</u> <u>biais de</u> <u>selection,</u> <u>en</u> <u>moyenne</u> <u>2-3 IMAT</u> <u>par CS</u> <u>faits par</u> <u>PRISM)</u>	
Renforcer les capacités de gestion des agents SBC										
<b>1.8. Renforcer la capacité institutionnelle des CS pour accéder au niveau de PPSPF</b> (Voir aussi 1.10 pour CoGes)	Le plan de travail est disponible au niveau IRS/DPS		# CS satisfaisant les critères pour PPSPF			15	C (selection faite) IP (appui de PRISM accentue)	45	- EC: 22CS futur PRISM + - EC: formateurs IRS et PRISM formes comme	90

Activité	Borne/Jalon	trimestre/ année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)						
				An 1 pre	An 1 rea	An 2 pre	An 2 rea	An 3 pre	An 3 rea	An 4 pre
									formateurs COPE - supervision facilitante	
1.8.1 Rencontrer les IRS/DPS pour discuter et préparer un plan de travail pour AT		1 /2					C Plans d'action developpes par groupes regionaux de qualite des soins	C	C Plans d'action developpes par groupes regionaux de qualite des soins <u>Plans d'actions niveau DPS pas systematiques</u>	
1.8.2 Identifier et fournir les ressources nécessaires aux CS choisis pour devenir des PPSPF, selon leurs besoins		1/2 1/3 1/4				X	C Pour 22 CS cibles pour la materiel PF, IEC et de gestion. Ressources complementaires pour IST, IMCI et SM a	C	C Paquet PRISM+ defini  EC Equipement, materiel et AT en cours	

Activité	Borne/Jalon	trimestre/ année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)						
				An 1 pre	An 1 rea	An 2 pre	An 2 rea	An 3 pre	An 3 rea	An 4 pre
							definir et fournir <u>Devrait etre EC et non C</u>		pour les 24 PRISM+  <u>Inventaire en cours pour Kankan</u>	
<b>1.9. Elargir les SBC</b> <i>(voir 3.2 pour la partie IEC)</i>			# agents SBC satisfaisant les critères PPSPF (adaptés pour les SBC)			200		400	134 C + 331 IP = 465 134 CBD au niveau PPSPF EC: 185 (GF) & 146 (Mandian a) <u>les criteres PPSPF pour les agents SBC sont inconnus au niveau du bureau regional de PRISM</u>	600

ÉVALUATION MI-PARCOURS DU PROJET PRISM

Activité	Borne/Jalon	trimestre/ année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)						
				An 1 pre	An 1 rea	An 2 pre	An 2 rea	An 3 pre	An 3 rea	An 4 pre
1.9.1 Elaborer un plan de transition avec PSI		2/1			C <u>SBC sans suivi 3 mois lors de la transition</u>					
1.9.2 Evaluer la provision des SBC	Rapports d'évaluation disponible	4/1 4/3 4/5		x			X <u>Severo 99</u>	x		
1.9.3 Présenter et discuter les résultats SBC aux réunions techniques régionales		1/2				X	resultats et strategie d'appui discutees avec MSP et partenaires dans les regions		CBD strategie de PRISM approuvee MSP & disseminee (SM)	
1.9.4 Elaborer une approche et des matériaux nouveaux pour la supervision et l'appui aux SBC sous la coordination d'une ONG locale	Le contrat est en place et l'ONG fonctionne effectivement comme mécanisme de coordination		# agents SBC recevant de la rétro-information régulière de leurs superviseurs			150	EC Outils de monitoring et supervision prêts, curriculum en preparation, formation debutera 1/3	300	284 - 134 CBD/A en HG +150 in GF - 52 CBD/A superviseurs formes ds 4 Pref prioritaires deHG &	450

Activité	Borne/Jalon	trimestre/ année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)						
				An 1 pre	An 1 rea	An 2 pre	An 2 rea	An 3 pre	An 3 rea	An 4 pre
									8 charges CBD (DPS) formes - 90CBD/A superviseurs en formation - <u>Contrat AGBEF rompu 06/99.</u> <u>Avec le nouveau contrat, AGBEF fourni AT a 8 DPS</u>	
1.9.5 Recycler les agents SBC actuels (500)	500 agents actuels sont recyclés	2/2	# agents SBC recyclés			500	EC Curriculum en revision	500  100  200	- 83 C & 140 EC (GF et Mandiana /STC) total=223 (recrutement refait pr 51) - designation de 280 nouveaux	500

Activité	Borne/Jalon	trimestre/ année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)						
				An 1 pre	An 1 rea	An 2 pre	An 2 rea	An 3 pre	An 3 rea	An 4 pre
									agents en cours (CENAF OD, AUDER)	
1.9.6 Former de nouveaux agents SBC (500)	500 nouveaux agents formés	An 2-4	# nouveaux agents formés			100		300	240 = 51 novx C + 191 EC (70 GF+ 121 Mandiana )	500
1.9.7 Elaborer de nouveaux matériaux (formation, kit IEC, gestion) pour produits additionnels (ex. Vit. A, moustiquaires imprégnés...)	Matériaux élaborés pour nouveaux produits	4/4	# agents SBC ayant une gamme complète de produits contraceptifs sans coupure durant les 6 mois précédents			200 erreur (plan pour 4/4)		400	Non disponible	600
1.9.8 Recycler les formateurs sur les nouveaux produits	Formateurs recyclés sur les nouveaux produits	1 /4								
1.9.9 Recycler les agents sur les	Agents formés sur les nouveaux produits	3 /4	# agents ayant complété leur					500 <u>erreur?</u> <u>Semble</u>	0	1000

Activité	Borne/Jalon	trimestre/ année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)						
				An 1 pre	An 1 rea	An 2 pre	An 2 rea	An 3 pre	An 3 rea	An 4 pre
nouveaux produits			formation ou bien ayant reçu une nouvelle formation sur les nouveaux produits					prevu 3 / 4		
1.9.10 Explorer d'autres stratégies avancées via RO	Stratégies avancées explorées via projets-pilotes	4/2 4/3				X	EC Autres stratégies identifiées et intégrées au plan <u>non vérifié</u>	EC	EC Autres stratégies identifiées et intégrées au plan <u>Non vérifié, non mentionné par le rapport</u>	
<b>1. 10. Renforcer la participation communautaire en gestion et financement des services de santé</b> <i>(voir aussi 1.8 pour gestion des CS)</i>			# CS qui font un bénéfice annuel (bon recouvrement des coûts et gestion des fonds)	60		75		90	Vérification des données du monitoring en cours pour établir la situation fin 2000	115
1.10.1 Faire un diagnostic de la gestion locale et du	L'évaluation est complétée, et recommandations	1 / 3					EC Fait par consultant	EC	EC Fait par consultant	

ÉVALUATION MI-PARCOURS DU PROJET PRISM

Activité	Borne/Jalon	trimestre/ année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)						
				An 1 pre	An 1 rea	An 2 pre	An 2 rea	An 3 pre	An 3 rea	An 4 pre
financement du système de santé (CoGes) via 1 ou 2 AT-CT	faites et disséminées						MSH/equity project, 2eme visite faite		MSH/equity project (USAID/ UNICEF) <u>projet interrompu</u> , <u>relations difficiles</u> entre consultant & MSP Questionnaire utilise par coordinateurs PRISM et Peace Corps <u>echec des PCV</u> <u>Questionnaire demande et non trouve au bureau de KK</u>	
1.10.2 Selon les recommandations,	Le modèle pilote est approuvé;	1 /2 2/2				X	IP Essai	C	C Fait pour	

Activité	Borne/Jalon	trimestre/ année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)						
				An 1 pre	An 1 rea	An 2 pre	An 2 rea	An 3 pre	An 3 rea	An 4 pre
élaborer une modèle pilote pour recouvrement des coûts au niveau des CS et des SBC	les mécanismes de financement de santé locaux sont explorés, pilotés et testés						pilotes faits par un consultant MSH/equity projet <u>Aucun rapport fourni par PRISM</u>	C	CBD agents  HC a faire CORE instrument (COPE)	
1.10.3 Dupliquer le modèle et faire RO pour explorer des modèles alternatifs via AT-CT	Les modèles sont encore testés, comparés et évalués; les résultats disséminés	4/2					Reporte, lie a 1.10.2		Reporte, lie a 1.10.2	
1.10.4 Conseiller les CS et les CoGes sue la gestion financière	Conseils financiers sont donnés aux CS et aux CoGes	1/3					Reporte, lie a 1.10.2		Reporte, lie a 1.10.2	
<i>Former et appuyer les CoGes en gestion</i>										
1.10.5 Appuyer le MS pour la mise à jour et 1 <sup>re</sup> élaboration de manuels de gestion au niveau communautaire	Les manuels pour les PPS et les CoGes sont mis à jour/élaborer et distribués	3/2 3/3					Reporte, lie a 1.10.2		Reporte pour les COGES, lie a 1.10.2 Manuels pour SDP faits ( <u>non</u> vu <u>non</u> )	

Activité	Borne/Jalon	trimestre/ année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)						
				An 1 pre	An 1 rea	An 2 pre	An 2 rea	An 3 pre	An 3 rea	An 4 pre
									<u>demande, vu manuel SIG 99)</u>	
<i>Mettre en place un système de suivi des activités communautaires</i>										

EC: En Cours

C: activite completee

Texte standard: donnees fournies par PRISM

Texte souligne: donnees collectees durant l'evaluation ou commentaires des evaluateurs

Texte en italiques: nouveaux indicateurs introduits en cours de projet

---

**ANNEXE T**  
**INDICATEURS RÉSULTATS INTERMÉDIAIRE #2**

---

## ANNEXE T

## IR2: AMÉLIORER LA QUALITÉ

IR2: Améliorer la Qualité					An 1	Rea An 1	An 2	Rea An 2	An 3	Rea An 3	An 4	An 5
		USAID SO2 IR2 %CS clients reçoivent traitement MS/N&P %%CS clients reçoivent conseils MS/N&P % de CS avec stock de Med. Et PF materiel epuise								38%I ST,1 9 CS  NA NA		
	<b>2.1 Coordonner tout le volet qualité clinique de la SR</b>											
/	2.1.1 Recruter et orienter 3 coordonnateurs SR	Les coordonnateurs SR sont recrutés et orientés	4/1					C		3 cord. RH		
/	2.1.2 Réunions de l' équipe régionale SR	Des groupes techniques SR sont établis et se réunissent régulièrement	An 1 - 5					C				
	# CS ayant des prestataires formés en application des N&P  % des clients recevant un traitement selon les N&P  % des clients recevant du counseling selon les N&P	N&P sont disponibles aux points de prestations des services					170	C	170	174		170  75  75

ANNEXES

IR2: Améliorer la Qualité					An 1	Rea An 1	An 2	Rea An 2	An 3	Rea An 3	An 4	An 5
1/2 2/2 3/2		Les prestataires de service sont orientés à l'utilisation des N&P						C				
3/2		Les protocoles de référence sont liés au PMS et adopté par le MS										
	2.2.3. Définir des description de tâches pour les prestataires de service	Les descriptions de tâches sont liées au PMS et aux N&P	3/2 4/2 4/3									
	2.2.4 Réviser les lignes directrices, selon l'évaluation mi-terme		4/3							IP		
	<b>2.3 Elaborer un plan de formation pour améliorer la performance des prestataires des services de santé</b> <i>(voir 1.5 pour dissém. du PMS)</i>											
/	2.3.1 Tenir une réunion d'un jour pour chaque région		4/1 1/3				X	C		C		
/	2.3.2 Elaborer des critères pour formateurs et tenir des formations de formateurs cliniques	Les critères pour la sélection et l'évaluation des formateurs sont définis et adoptés par le MS	2/2 4/2 2/3 4/3	# de formateurs en SR nouvellement qualifiés selon les critères nationaux			15	IP	45	33tr. STI 17tr. PF 15tr. RH/ mrg.	.	45
	2.3.3 Adapter/adopter le paquet de compétence en formation		1/2 3/2				X	IP		C/ST I		

ÉVALUATION MI-PARCOURS DU PROJET PRISM

IR2: Améliorer la Qualité					An 1	Rea An 1	An 2	Rea An 2	An 3	Rea An 3	An 4	An 5
	2.3.4 Développer un groupe de formateurs avancés	Des formateurs avancés qualifiés sont disponibles pour formés de nouveaux formateurs	3/3							IP 6 trainers		
	2.3.5 Elaborer des outils de supervision clinique et des lignes directrices	Des outils de supervision clinique et des lignes directrices sont élaborés et adoptés par le MS	4/1, 2/3 à 1/4				X	IP		IP GTZ PRS		
/	2.3.5.1 Financer la participation de deux employés de PRISM à un atelier au Bénin concernant la formation du superviseur sur l'utilisation d'un outil de diagnostic de la qualité		4/1					C		C		
	2.3.6 Renforcer les sites de formation clinique	Les prestataires de services aux sites de formations cliniques sont standardisés et qualifiés comme précepteurs cliniques	2/2 à 4/3	# de sites de formation cliniques satisfaisant les normes et standards			3	IP	6	7 CS 24 sites FES DP	6	6
	2.3.7 Elaborer/adapter les systèmes et outils d'assurance de qualité		2/2 à 1/3				X	IP		COP E 27 fac.		
	2.3.8 Renforcer la formation pré-service du personnel para-médical	Les matériaux de formation pré-service en SR sont mis à jour et adoptés par les écoles de santé	1/3							Y 4-5		
	<b>2.4 Former les prestataires de service</b> <i>(voir 1.7 pour formation en gestion; 1.9 pour formation SBC; 3.4 pour formation IE</i>											

---

**ANNEXE U**  
**INDICATERUS RÉSULTATS INTERMÉDIAIRE #3**

---

## ANNEXE U

**SO2 IR3 - CHANGEMENT DE COMPORTEMENT POSITIF ET AUGMENTATION DE LA DEMANDE POUR PRODUITS ET SERVICES EN PF/SMI ET PRÉVENTION DES IST/SIDA**

	ACTIVITÉ	BORNE/JALON	Trim/ Année	Indicateurs Rendement	de	An 1 Pré	An 1 Réa	An 2 Pré	An 2 Réa	An 3 Pré	An 3 Réa
	<b>IR3: Augment er la Demande</b>										
		<i>USAID - Indicateurs SO2 IR3 R4</i>									
		<i>% des mâles dans la zone-cible qui rapporte avoir utilisées un condom pendant la dernière rencontre sexuelle avec une partenaire non-régulière</i>  <i>HG</i> <i>GF</i>								20.4 27.7	
		<i>% de bébés dans le zone-cible allaités au sein dans un délai d'une heure après l'accouchement</i>  <i>HG</i> <i>GF</i>								29.7 27.7	
		<i>% de femmes mariées qui rapportent qu'elles voudraient ou terminer ou renvoyer l'accouchement, mais qui n'utilisent pas une méthode de contraception moderne</i>								34	

		<i>% des enfants de moins de cinq ans avec la diarrhée dans les deux semaines dernières qui ont subi un traitement utilisant les SRO dans la zone du projet</i>							32.5 47.1	
		<i># des leaders communautaires et religieux qui ont subi une orientation sur la PF et/ou ou le VIH/SIDA</i>							450	
		<i>% des femmes 15-49 qui rapportent que les condoms peuvent être utilisés comme un moyen de prévention du VIH/SIDA</i>							10.1 11.9	
		<i>% des femmes qui reçoivent au moins 3 visites prénatales</i>							42.1 70.1	
	<b>3 .1 Améliorer la coordination des programmes IEC</b>	<i>% de groupes au niveau de CS et de la communauté supervisés et appuyés par les groupes régionaux d'IEC</i>							NA (IP)	
	3.1.1 Appuyer le MSP pour	La stratégie est mise à jour/finalisée,		(stratégie pas encore						

ÉVALUATION MI-PARCOURS DU PROJET PRISM

	finaliser et distribuer la stratégie nationale IEC	approuvée par les partenaires-clés et distribuée aux régions et aux acteurs IEC au niveau préfectoral	1/2	disponible au niveau régional) 1							
	3.1.2 Établir des groupes de travail régionaux en IEC	Les groupes de travail sont établis et se réunissent chaque trimestre	1/2 An 2-5	# groupes de travail en IEC établis qui se réunissent chaque trimestre  (groupes formés, courrier vu à AGBEF Kankan, Plan d'Action 2000 vu à Faranah)			(3)	(3)			
	3.1.3 Élaborer des plans d'action IEC régionaux par le biais de réunions et d'ateliers	Plans d'action annuels élaborés	1/2 1/3 1/4 1/5	Stratégies régionales développées et utilisées pour coordonner les interventions  (Plan d'Action 2000 vu à Kankan et Faranah)	(3)	(3)	(3)	(3)	C (3)	C (3)	
?	3.1.4 Elaborer un protocole de collaboration avec PSI/OSFAM	Des liens de collaboration sont établis et maintenus	4/1	(copie de protocole dans les archives de PRISM)	(C)	(C)	C	C	C	C	
	<b>3.2 Améliorer l'interaction client-prestataire</b> (voir 1.9.pour programme SBC)										
		% consultations (avec nouveaux clients en FP, IST, SMI) à CS où le prestataire : (i) utilise matériel et outils de travail IEC effectivement, et (ii) demande les opinions/soucis du client								tbd	

		<i>% consultations (avec tous les clients) au CS où le client : (i) constate qu'elle a pu exprimer ses soucis, (ii) se rappelle l'information donnée par le prestataire dans une manière adéquate</i>								
		<i>% communautés atteintes par l'intervention de mobilisation de communauté Initiative de Qualité</i>								<i>tbd</i>
				% des consultations aux CS dans lesquelles le matériel IEC est utilisé			30	(HG 50 % GF 60 %) 2	45	
	3.2.1 Réviser le curriculum de formation IEC des prestataires	Le curriculum est révisé et mis à jour pour la formation initiale et en cours d'emploi	3/2						<i>C</i>	<i>IP</i>
	3.2.2 Former les prestataires de service en communication interpersonnelle et en counseling (CIP/C)	50 prestataires de PF sont formés en CIP/C, chaque année	3/2 à 2/5							
	3.2.3 Evaluer, reproduire et distribuer le matériel IEC existant	Matériel IEC existant reproduit et distribué	4/1	(Matériel vu) 3					<i>C</i>	<i>C</i>
	3.2.4 Adapter matériel existant/développer du nouveau matériel pour les prestataires et les clients	Matériel IEC développé et distribué, et utilisé par le personnel des CS et leurs clients	3/2	(Matériel vu) 3					<i>C</i>	<i>C</i>
	3.2.5 Développer ou adapter, et distribuer/promouvoir l'usage	Logo SR défini et utilisé dans tous les	2/2	(Matériel vu) 4					<i>C</i>	<i>IP</i>

ÉVALUATION MI-PARCOURS DU PROJET PRISM

	du logo SR	CS qui offrent les services SR								
	3.2.6 Développer un programme de radio pour l'apprentissage à distance  (dans SOW technique du projet -- pas présent dans les plans initiales d'An 1, An 2)									
	3.2.7 Conduire recherche qualitative pour développer indicateurs de qualité/liste de contrôle pour l'initiative de qualité PRISM Plus (FFSDP)  (dans SOW technique du projet -- pas présent dans les plans initiales d'An 1, An 2)									
	<b>3.3 Augmenter la demande pour les services SR</b>									
				% de femmes qui allaitent durant la première heure après l'accouchement	35					
				% de femmes mariées ayant l'intention d'espacer ou de limiter les naissances						
				% des gens âgés de 15-49 ans sachant que les condoms peuvent protéger contre le VIH					HG h 35 HG f 10.1 GF	

ANNEXES

									h 44.4 GF f 11.9 5	
				<i>% audience voulu atteint par interventions CCC spécifiques</i>						
				<i>% audience voulu qui adoptent comportements sanitaires pertinents comme résultat d'être exposés aux interventions CCC</i>						
	3.3.1 Faire recherche IEC pour données de base	Recherche de données de base en IEC faite, rapport publié et distribué	4/1	(Études sur la PF et sexualité des adolescents vus)					C	C
	3.3.2 Organiser des campagnes multimédia (hommes)	Populations cibles déterminées et priorités définies	3/2	(exemplaires des tous les médias vu)						
	3.3.3 Élaborer programmes radio pour auditeurs communautaires et personnel de santé	Radio spots, programmes radio rurale, drames pour radio développés et émis, drames narrés en quatre langues	1/2	(Vu copies des scénarios pour les spots, programmes radio rurale, drames, « La vie n'est pas compliquée »)			(C)	(C)	C (C)	C (C)
	3.3.4 Organiser des événements de mobilisation communautaire	Mobilisations communautaires exécutées pendant campagnes d'initiative de qualité en PF, VIH/SIDA, SMI et PCIME au niveau régionale et dans les 15 préfectures du projet	Chaque année	# gens atteints par interventions de mobilisation de communauté		(HG 25 GF 12 SR) 6		(HG 20 GF 12 SR) 6	*3	(HG 0 GF 6 VIH /SI DA)

ÉVALUATION MI-PAROURS DU PROJET PRISM

										6
	3.3.5 Organiser des événements de plaidoyer	Matériel et interventions de plaidoyer conduits avec leaders communautaires-clés pour campagnes de PF, VIH/SIDA, MSI, et PCIME	1/2	# leaders atteints à travers interventions de plaidoyer				(HG 100 GF 75) 7	60	
	3.3.6 Sponsoriser participants à une conférence au Burkina Faso sur la SR pour les hommes		2/1			(C)			C	C
	3.3.6 Octroyer de petites sommes aux ONGs/communautés locales pour l'IEC	Nombre d'octrois donnés pour petits projets IEC, par année	1/2			(HG 6 GF 3)		(HG 5 GF 2)		
	<b>3.4. Amélioration de la capacité de gestion de l'IEC et des prestations en IEC</b> <i>(voir aussi 1.7 pour la formation en gestion et 2.4 pour la formation des prestataires)</i>									
				Nombre moyen de séances IEC tenues par un agent SBC			4		12	
	3.4.1 Former les gestionnaires des programmes IEC des secteurs public et privé	20 gestionnaires formés en IEC chaque année	3/2, 3/3, 3/4	# des gestionnaires IEC formés en gestion de programmes IEC					40 25	20

	3.4.2 Voir 3.2.6										
	3.4.3 Fournir de l'AT à DSR/DP, et aux IRS et DPS pour les activités IEC, via des visites mensuelles, et des réunions trimestrielles de coordination régionales et à Conakry	Plans d'action préfectoraux IEC pour la SR élaborés et exécutés	An 2 - 5							<i>IP</i>	<i>IP</i>

*Italique* = du Grant Continuation Application for Projets Years 4 & 5

() = résultats ajoutés après consultation avec coordinateurs PRISM IEC

1 La nouvelle stratégie contient 7 thèmes, soit politique de la population, politique des programmes santé de la reproduction, politique national d'éducation pour la santé, programme maternité sans risques, programme national de lutte contre les IST/SIDA, programme du service national de santé scolaire et universitaire, politique santé des jeunes

2 Estimé par les personnel IEC de PRISM

3 Dépliants, affiches, boîtes à image à CS et hôpitaux

4 Dépliants, boîtes à images, T-shirts, autocollants, plaques

5 Source EDS 1999

6 Estimé par les personnel IEC de PRISM, dans HG, les CS ne sont pas encore intégrés pour IST/SIDA, i.e. pour le traitement syndromique des IST

7 Parmi leaders religieux musulmans seulement; les chrétiens prenant une position en faveur de l'abstinence



---

**ANNEXE V**  
**INDICATEURS RÉSULTATS INTERMÉDIAIRE #4**

---

## ANNEXE V

## IR4: AMÉLIORER LA COORDINATION

	Activité	Borne/Jalon	trimestre/année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)								
					An 1 Pre	An 1 Re a	An 2 Pre	An 2 Re a	An 3 Pre	An 3 Re a	An 4 Pre	An 5 Pre	
<b>IR4: Améliorer la Coord.</b>													
		<b>USAID SO2 IR.4 R4 INDICATORS</b> <i>Ratio de ressources de dépenses non-USAID aux activités de santé au total de dépenses de l'USAID aux activités de santé (SO2-R4)</i>							ND	3,2 %			
/	4.1 Elaborer un plan stratégique pour PRISM, en collaboration avec partenaires locaux	Un plan de travail PRISM est élaboré et distribué	2/1	# des activités PRISM qui incluent aussi d'autres bailleurs de fonds			2		4	4	6	8	
	4.2 Réviser le plan stratégique de PRISM, en collaboration avec les partenaires locaux	Le plan de travail de PRISM est révisé, selon le besoin et distribué	une fois l'an	# des activités PRISM qui incluent une collaboration avec le secteur privé			2		4	4	6	8	
	4.3 Elaborer un plan régional opérationnel d'AT régional, en collaboration avec les partenaires locaux; et ceci pour les régions de Kankan, Faranah and Nzérékoré	Des plans opérationnels pour les régions de KK, FH et NZ sont élaborés et distribués	4/1						C	C			

	Activité	Borne/Jalon	trimestre/année	Indicateurs de Rendement	Cibles (cum.)							
					An 1 Pre	An 1 Re a	An 2 Pre	An 2 Re a	An 3 Pre	An 3 Re a	An 4 Pre	An 5 Pre
/	4.4 Lancement du projet	Les officiels du MS et les ONGs de santé sont informés de PRISM et de ses objectifs. Evidence de couverture médiatique	2/1						C	C		
	4.5 Appuyer le MS pour l'organisation de réunion de bailleurs de fonds dans le domaine de la SR	Des réunions annuelles des bailleurs de fonds sont tenues, sous la direction du MS	une fois l'an	# de réunions des bailleurs de fonds avec le MS			1		2	2	3	4
	4.6 Appuyer les IRS et DPS dans la tenue de réunion de concertation annuelles entre les acteurs régionaux clé en SR	Des réunions de concertations semestrielles sont tenues par les IRS dans chaque région (KK, FH, NZ)	deux fois l'an	# de réunion de concertations tenues par les IRS			6		12	12	18	24
	4.7 Renforcer AGBEF en développant ses compétences en planification stratégique		1 / 4						C			
	4.8 Former et renforcer AGBEF en recouvrement des coûts et pérennité financière (rentabilité)								IP	IP		
/	4.9 Révisé et finalisé le sous-contrat de AGBEF pour les prochains deux ans	Le sous-contrat avec AGBEF est signé pour une période de deux ans	4/ 1						C	C		
	4.10 Appui au forum des ONGs	Participation active dans le forum des ONGs		# ONGs locales qui participent à des activités de promotion de la santé			2		4	13	6	8
/	4.11 Appuyer USAID à revoir son paquet d'indicateurs R4	Le paquet d'indicateur R4 SO2-USAID est révisé	3/1						C	C		

Références :

- ✓ Activité, Bornes / jalons, indicateurs de rendement : Grant continuation Application, Year 2 –3. August 98
- ✓ Résultats an 2 : Quartely report 4/99
- ✓ Résultats an 3 : Réapplication year 4 & 5

Les modifications ou ajouts d'indicateurs apparus après le document de référence (Reapplication Y 2-3) sont en italiques.

---

**ANNEXE W**  
**DIFFICULTÉS GESTION ME AU CENTRE**

---

**ANNEXE W****PRISM ET L'APPROVISIONNEMENT EN ME AU NIVEAU CENTRAL**

Une mission de MSH recommandait appui technique avec au moins 50% du temps au niveau central, et l'utilisation de PCG pour la logistique des contraceptifs. L'utilisation de PCG pour l'approvisionnement en contraceptifs était destinée à inaugurer l'intégration de tout l'approvisionnement et de la logistique des ME dans une seule entité, la PCG (Gabra M, 1998).

PRISM a du utiliser les dépôts régionaux de la PCG puis de la cellule ME et assurer le transport des contraceptifs vers les régions cibles. La distribution des contraceptifs vient d'être confiée à la cellule ME centrale pour toutes les régions. Le système de suivi de l'approvisionnement aux régions cibles de PRISM, prévu sous PCG, est maintenant à adapter à la cellule ME. Même si cette dernière est destinée à disparaître, il faudra s'assurer des livraisons dans la zone cible.

En 2000, approximativement 6 mois de rupture en contraceptifs ont été reportés au niveau de la cellule centrale ME, du à un défaut de financement extérieur. L'USAID a assuré l'approvisionnement national. Un partage des coûts des contraceptifs par les CS permettrait d'éviter les ruptures dues à la dépendance envers les bailleurs de fonds. Une étude suggérerait de considérer la question mais il semble qu'aucune décision en ce sens n'ait été prise (MSH/Gabra M, 1998). Les visites de terrain indiquent que certains CS ont déjà des difficultés d'ordre budgétaire pour s'approvisionner en ME, en dépit de la subvention indirecte liée à la vente de contraceptifs. Ceci suggère que l'amélioration de l'accès aux ME et contraceptifs en périphérie requiert non seulement une assistance technique appuyée à tous les niveaux, mais aussi, une mise à jour de la politique de financement du secteur.

L'atelier d'harmonisation des OG est un préalable à la gestion informatisée des ME. Les outils retenus lors de l'atelier en Juillet 1999 ne sont pas encore valides par le MSP. L'informatisation au niveau central est plus complexe que prévue, en raison de la nécessité de développer des systèmes compatibles entre la PCG et la cellule ME. Le logiciel CLM installé en périphérie n'est pas compatible avec le fonctionnement en réseau de PCG.

Le bureau de l'expert en logistique des ME de PRISM est dans les locaux de la PCG du fait du peu d'espace disponible à la cellule ME. Bien que PCG et la cellule ME soient situés dans le même périmètre, l'AT de PRISM travaille très peu avec la cellule ME. À long terme, la stratégie est appropriée dans la mesure où PCG doit remplacer la cellule ME. À court terme, la gestion déficiente (approvisionnement, comptable, logistique) conduit à un taux de satisfaction quantitative des commandes de 41% (AEDES 1999). Ceci est à mettre en relation avec les difficultés de motivation du personnel au niveau périphérique en matière de gestion des ME. Au niveau de Kankan, les commandes ne seraient plus transmises à Conakry et les approvisionnements décidés par la cellule centrale au vu des états de stock trimestriels et des disponibilités.

---

**ANNEXE X**

**CONSTATS SUR LA GESTION DES ME EN PÉRIPHÉRIE**

---

## ANNEXE X

### CONSTATS SUR LA GESTION DES ME EN PÉRIPHÉRIE

#### **Cellule ME, depot de Kankan**

Le responsable du depot a ete forme comme formateur en 1998 et familiarise a l'IMAT en Fevrier 1999 (formation a la tache, lors du passage d'un assistant technique a court terme). Il a participe a l'atelier sur la standardisation des outils de gestion (Dabola 1999). Le depot n'a ni electricite ni ordinateur.

L'inspection du Magasin revele que le rangement des medicaments est correct (1er expire, 1er sorti) mais la proprete laisse a desirer.

Sur les rayons, 13 boites de 100 ampoules de quinine (100mg) livrees en Juin 98 expirent en Avril/Mai 2001. Ces produits seront retrouvees au CS de Konankoro (Kerouane) venu s'approvisionner en Fevrier 2001. Le responsable signale le renvoi a Conakry de 8000 ampoules de 200 mg de quinine livrees le 21/02/2001 et expirant le meme mois, il s'agirait d'un don. Il n'y a pas d'autre quinine injectable disponible. Les dates de peremption ne figurent pas sur les fiches de stock.

Plusieur molecules sont en pre-rupture: tetracycline ophtalmique (18 tubes disponibles), Acide acetyl salicylique (15 000 comprimés). L'agent connait bien l'état de ses stocks et indique les pre-ruptures spontanément.

La quantite de SRO disponible (24000 sachets) couvrirait approximativement 3 mois, les livraisons par le cellule centrale seraient en deca des besoins estimes pour la region.

Certains centres de sante se sont deja approvisionne et il n'a pas ete possible, faute de temps, de verifier le nombre de CS deja approvisionnes et la consommation du depot.

Dans un des centres visite, la commande de SRO n'etait que partiellement honoree par le depot (200 sachets remis au lieu de 400, bon de livraison presente). Par suite, l'agent communautaire interroge n'a recu que la moitie de sa commande en SRO. En resume, l'insuffisance de l'approvisionnement au niveau central est visible et se repercute a tous les niveaux.

#### **Utilisation de l'IMAT**

Selon les fiches vues au bureau de PRISM: 4 IMAT en 1999, 1 IMAT en 2000. Utilisation selon les fiches recapitulants les resultats et vues au depot: 3 IMAT en 99, en 2000 aucune fiche, mais l'agent se souvient d'une visite de PRISM.

L'agent dit etre seul pour tout le depot et il n'aurait pas le temps d'utiliser l'outil, l'inventaire trimestriel est pratique avec l'appui frequent de PRISM.

## **Cellule PCG**

Une breve visite du magasin revele que approximativement 2/3 des casiers sont vides, avec des ruptures de stock pour des produits essentiels utilises au niveau hospitalier (adrenaline, erythromycine, dexamethazone, chloramphenicol, coton ect). Le magasin est spacieux, bien range et propre.

Les inventaires sont mensuels. L'IMAT aurait ete pratique lors de la formation en 1998 et deux fois ensuite par PRISM en compagnie de l'inspecteur des pharmacies de l'IRS Kankan. Les resultats n'etaient pas disponibles pour verification (... et utilisation par le responsable).

## **Centres de sante**

Deux centres urbain ont ete visites dont un centre prism+ et un centre integre pour la PF/prevention des IST-SIDA. Un centre rural prims+ et un centre rural integre pour la

PF/prevention des IST-SIDA ont egalement ete visites dans la region de Kankan.

Dans la region de Faranah, deux CS urbains on ete visites.

Les centres venaient de s'approvisionner suite au monitoring de fin decembre 2000.

Les produits destines aux traitement des IST n'etaient pas disponibles sauf dans la region de Faranah. Ces produits ne seraient pas commandes en raison de leur cout eleve, meme en presence d'une forte demande (e.g. 111 cas d' IST en 3 mois dans un centre urbain integre). Au niveau de prism, une dotation initiale en ME pour la prise en charge des IST est attendue avec l'appui du projet sida2.

Les contraceptifs etaient en general disponibles, avec quelques exceptions. Dans un centre ou des preservatifs perimes n'ont pas ete renouvelles, l'explication fournie est la faiblesse de la demande (milieu urbain). Le lofemenal etait en rupture dans les centres de sante de Faranah et Dabola.

Dans la region de Kankan, deux centres disent s'approvisionner pour 8 mois en ME, deux autres pour 6 mois seulement. Ces derniers sont les plus eloignes du depot regional. Ces informations ont ete validees au niveau des DPS respectives pour ces centres et elles s'appliqueraient egalement a ceux de Faranah.

Le pharmacies contiennent peu de produits et le rangement est satisfaisant. La tenue des fiches de stock n'a pas ete verifiee.

Dans la region de Kankan, l'approvisionnement groupe avec l'appui des DPS ne se pratique plus, chaque CS se rend par ses propres moyens au depot regional. L'efficience est tres faible et les agents de certains centres ruraux sont contraints de sejourner jusqu'a une semaine a Kankan, dans l'attente du transport hebdomadaire (information obtenue a la cellule PEV et validee au niveau des CS). L'utilisation des motos PEV a cet effet n'est

---

pas non plus une solution satisfaisante compte tenu des distances a parcourir. Le probleme est identique dans la region de Faranah selon les agents des CS qui souhaitent s'organiser pour grouper les approvisionnements.

Aucun des CS visites n'a pratique l'IMAT spontanement. En general, l'instrument a ete utilise une fois immediatement apres la formation et quelques mois plus tard lors de la visite de PRISM. Les resultats de l'exercice n'ont pu etre presentes au niveau de la structure, ils ne seraient pas disponibles. Dans un CS de la region de Faranah, les resultats de quatre IMAT pratiques auraient "ete envoyes a Boston". En resume, le discours n'est pas coherent: l'IMAT est un outils d'autoevaluation mais on ne laisse pas les resultats dans les mains de l'utilisateur primaire.

---

**ANNEXE Y**  
**BILAN DES ACTIVITÉS**

---

## ANNEXE Y

**BILAN DES ACTIVITÉS DE PRISM POUR IR2  
AMELIORER LA QUALITE  
ANNEES 1998-2001**

Pour les details voir tableau IR2 Annexe 20

Activites	Completees	en cours	en retard	Autres
<b>2.1</b>				
2.1.1	X			
2.2.2	X			
<b>2.2</b>	X			
2.2.1	X			
2.2.2			X	
2.2.3			X	
2.2.4		X		
<b>2.3</b>				
2.3.1	X			
2.3.2			X	
2.3.3	X			
2.3.4		X		
2.3.5		X		
2.3.5.1	X			
2.3.6	X			
2.3.7	X			
2.3.8				Annee 4-5
<b>2.4</b>				
2.4.1			X	65/90
2.4.2		X	X	
2.4.3		X	X	
2.4.4		X	X	
2.4.5			X	
2.4.6	X			
2.4.7			X	
2.4.8			X	
2.4.9			X	
2.4.10		X		
<b>2.5</b>	X			
2.5.1	X			
2.5.2	X			
2.5.3	X			
2.5.4	X	X		
2.5.5		X		
2.5.6	X			
2.5.7		X		

---

2.5.8	X			MSP
2.5.9		X		
Total 35	17	11	11	

Les activites ne sont pas exclusives, il y a 4 activites qui ont ete mises dans 2 colonnes ce qui donne un total de 39 au lieu de 35. Ces activites sont:2.4.2, 2.4.3, 2.4.4, ainsi que 2.5.4. Ces activites sont en cours et en retard, ou ont ete completees seulement en partie. D'apres ce tableau PRISM a complete a peu pres 50% des activites prevues.

---



---

**ANNEXE Z**  
**TABLES NORMES ET PROCÉDURES**

---

**ANNEXE Z****TABLE NORMES ET PROCÉDURES (RESPECT DE)**

Les données dans les tableaux proviennent de L'Enquête sur les Structures de Santé (EES) Guinée 2001 qui a été faite pour donner de l'assistance à la Mission de USAID/Guinée pour la préparation de la revue des résultats du R4 pour FY 2003. Les observations rapportées ici pour l'an 2001 examinent trois indicateurs 1) adhérence aux normes de traitement, 2) adhérence aux normes de counseling, 3) rupture de médicaments et de contraceptives. Ceci est un exercice visuel pour estimer l'impact de la dissémination des normes et procédures par rapport à la compétence des prestataires. Les pourcentages représentent le taux de toutes les procédures exécutées par le prestataire.

**CONSULTATIONS D'ENFANTS MALADES****Pourcentages des observations 9 éléments****N=438**

<b>Observations</b>	<b>Analyse Situationnelle 2000 %</b>	<b>Adhérence aux normes de traitement adhérence aux normes de conseil 2001 %</b>
Prise de température par le toucher	61.4	61.4
Prise de température avec thermomètre	64.0	49.3
Prise de poids	96.3	79.7
Deshabiller l'enfant, signes maigreux, éruption généralisée	34.6	41.2
Recherche d'œdèmes aux pieds	16.4	31.6
Examiner les paumes, visage pâleur	62.4	64.1
Examiner les yeux, larmes enfoncement, rougeur	21.6	88.6

Ce tableau indique qu'il y a un mieux dans les procédures des prestataires à part pour la prise de température avec thermomètre. voir "Analyse Situationnelle des Programmes de Santé de la Reproduction (USAID Guinée) et de "Adherence to Treatment Norms, Adherence to Counseling Norms & Commodity Availability at Health Facilities" Page 11).

**CONSULTATIONS PRE-NATALES****Pourcentages des observations 21 elements**

<b>Observations</b>	<b>Analyse Situationelle 2000 %</b>	<b>Adherence aux normes de traitement et aux normes de conseil 2001 %</b>
Faire uriner la femme	1.6	8.8
Prendre la tension arterielle	91.7	91.5
Peser la femme	96.1	96.5
Mesurer la taille	56.3	44.8
Recherche d'oedemes membres inferieurs, visage	44.7	66.1
Examiner l'abdomen	78.0	94.8
Esaminer les seins	3.4	4.8

Ce tableau indique qu'il y a du changement dans les procedures des prestataires pour les consultations pre-natales a part le measurement de la taille de la patiente. (Analyse Situationelle des Programmes de Sante de la Reproduction (USAID Guinea) et de "Adherence to Treatment Norms, Adherence to Counseling Norms & Commodity Availability at Health Facilities" Pages 9 et 11).

**INTERACTION CLIENTE-PRESTATAIRE SERVICES IST/SIDA**

<b>Est de que le prestataire a discute</b>	<b>Analyse Situationelle 2000 %</b>	<b>Adherence aux normes de traitement et aux normes de conseils 2001 %</b>
Conseils sur les IST/SIDA	20.5	20.8
Demangeaisons vaginales	12.6	24.1
Douleur dans le bas ventre	14.9	24.1
Examen pelvien	15.4	43.4
Si la cliente a des leucorrhées inhabituelles	21.2	32.5

Ce tableau suggere que les prestataires ont ameliorees les procedures des IST. "Adherence to Treatment Norms Adherence to Counseling Norms & Commodity availability at Health Facilities." (USAID/Guinea) p.7 et de l'Analyse Situationelle des Programmes de Sante de Reproduction.

**INTERACTION CLIENTE-PRESTATAIRE SERVICES PF**

<b>PFEn cas de nouvelle methode, est ce que le</b>	<b>ANALYSE SITUATIONELLE</b>	<b>Adherence aux normes de traitement et aux normes</b>
--	------------------------------	---

<b>prestataire a parle des elements suivants</b>	<b>2000 %</b>	<b>de conseils 2001 %</b>
Mode d'utilisation de la methode	96.2	81.6
Avantages	83.3	63.2
Inconvenients/effets secondaires	82.1	71.1
Que faire si la cliente a des problemes avec la methode	19.2	42.1
Possibilite de changement de methode	11.5	7.9
Capacite a la methode de prevenir des IST	23.1	7.9

Ce tableau suggere qu' il y a une grande faiblesse dans la qualite des conseils donnes aux clientes PF et que les prestataires semblent ne pas suivre les normes et procedures. Analyse situationnelle des Programmes de Sante de la Reproduction (USAID Guinea) p.33, et dans "Adherence to Treatment Norms, Adherence to Counseling Norms & commodity Availability at Health Facilities (USAID/Guinea). p.18.

---

**ANNEXE AA**  
**CONCLUSIONS RECOMMANDATIONS POUR IEC**

---

## ANNEXE AA

## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS POUR L'IEC (IR3)

Conclusions	Recommandations
1. Les campagnes de CCC ont atteint une grande audience et les comités régionaux et préfectoraux ont fait une contribution très positive en matière de développement des structures à long terme pour l'IEC, mais il n'y avait pas suffisamment d'attention mise sur la manière d'assurer la pérennité de telles activités et matériels.	1. Développer un plan pour assurer la pérennité du financement des efforts en IEC (par exemple, les comités régionaux/préfectoraux, matériel IEC) à venir qui implique les partenaires de la MSP et des ONG au niveau régional.
2. Observations et entretiens sur le terrain ont indiqué qu'il y a toujours un manque de qualité dans les interactions au niveau d'IEC/CIP/C parmi les prestataires des services sanitaires.	2. Concentrer dans le perfectionnement du programme de formation en IEC/CIP/C initiale et pendant le service pour les prestataires de service de la MSP au niveau régional.
3. Voir 2.	3. Perfectionner la diagnostique d'évaluation et surveillance permanente des pratiques en IEC/CIP/C de la part des prestataires au CS que le MSP peut utiliser pour la supervision à long terme. Cette diagnostique devrait spécifier un standard acceptable de prestation de service en IEC/CIP/C qui doit être entretenu.
4. Les entretiens ont révélé que beaucoup de personnes sont allés au CS pour un produit ou service, mais souvent ce produit ou service n'étaient pas disponibles. Par contre, les études de l'équipe d'évaluation ont découvert que les stocks au CS n'avaient pas les ruptures.	4. Coordonner les côtés offre et demande pour assurer que : 1) une quantité suffisante de produits et services, 2) une qualité de service assez accueillante aux CS existent pour satisfaire la demande créée par les campagnes d'IEC.
5. Avec les changements dus à l'affectation des coordinateurs en IEC à Kankan, ce n'est pas clair que tout le travail que les coordinateurs font ne peut pas être délégué aux personnes plutôt généralistes.	5. Développer des nouvelles descriptions de tâche pour les coordinateurs régionaux de l'IEC qui séparent des tâches pour lesquelles un spécialiste en IEC est vraiment essentiel des tâches qu'autre personnel peut entreprendre.
6. Parmi tous les partenaires il y avait la perception qu'il faudra plus de travail en équipe de la part de PRISM.	6. Pour l'approvisionnement permanent de l'AT aux organisations régionales et préfectorales, il serait bien d'établir un calendrier de contacts réguliers, spécifiant le niveau de contacts attendus.
7. Les efforts que PRISM a mis dans le développement de programmes pour la radio et l'envergure des émissions sont importants, mais il n'y avait pas un effort de mesurer	7. Faire de la recherche opérationnelle pour mesurer l'impact des émissions radiales sur les audiences-cibles.

---

systematiquement ces gains et acquis.	
8. Changements continus proposés pour le logo peuvent mener à difficulté pour la mise en œuvre et à perceptions in appropriées de la part du public.	8. Perfectionner un seul logo SR, pas une série de logos, pour permettre les réactions du public d'évoluer leurs propres images de : 1) « disponibilité de service » à 2) « service intégré » à 3) « service intégré de haute gamme » selon le cas, pour éviter les problèmes logistiques et de la confusion du public.

---



---

**ANNEXE BB**  
**CONVENTION FARANAH**

---

## ANNEXE 28

### CONVENTION DE PARTENARIAT

*Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)/Projet Santé Rurale (PSR), représenté par le Conseiller Technique Principal, le Dr Franz von Roenne ;*

*Et enfin*

*Management Sciences for Health (MSH)/Activité Pour le Renforcement des Interventions en SR et Mst-Sida (PRISM), représenté par son Directeur, M. Alain Joyal.*

#### **Il a été convenu ce qui suit :**

- ❖ Attendu que les parties souhaitent créer les meilleures conditions possibles pour la coordination, la redynamisation et l'extension des Services à Base Communautaire en santé reproductive en Région Administrative de Faranah et en particulier la Préfecture de Faranah ;
- ❖ Attendu que les parties privilégient des approches favorisant la pérennisation des capacités des instances guinéennes dans le domaine de la santé publique en général et des Services à Base Communautaires en particulier ;

#### **Article 1 : Objet de la Convention**

La présente convention a pour objet de définir les engagements, obligations et droits de chacune des parties dans la mise en œuvre des activités de renforcement du Programme de Services à Base Communautaire (SBC) en Préfecture de Faranah. Elle porte sur l'ensemble des activités SBC en Préfecture de Faranah et concerne plus spécifiquement 12 superviseurs SBC (2 par CS), 30 Agents Communautaires et le Chargé SBC de la DPS.

#### **Article 2 : Engagements de l'Inspection Régionale de la Santé de Faranah**

- Coordonner les activités SBC dans la région en mandatant les membres des équipes régionales de concertation en SR (ERCOSAR, GRIEC, CORASAR) à suivre leur mise en œuvre dans les préfectures concernées ;
- Faciliter la coordination et la collaboration entre PRISM-Guinée, PSR/GTZ, et intervenants locaux (Sous-préfets, Communautés Rurales de Développement, et autres) pour la phase de redynamisation du programme SBC ;

- Soutenir l'extension du programme SBC aux Centres de Santé nouvellement intégrés en PF ;
- Fournir des personnes ressources dont notamment les formateurs régionaux du Ministère de la Santé pour participer aux activités de planification, de formation, de recyclage et de suivi des Services à Base Communautaire ;
- Superviser trimestriellement les activités des Chargés SBC des DPS et en rendre compte lors des rencontres régionales (ERCOSAR, CORASAR, CRIEC) ;
- Veiller à l'intégration par les DPS des activités SBC dans le monitoring des activités des centres de santé en évaluant leur impact dans l'amélioration de la couverture sanitaire lors des CTPS et des CTRS. Par la suite, présenter les données SBC lors de chaque CTPS et CTRS, de manière à démontrer leur impact sur les activités des centres de santé concernés.
- Collaborer à l'élaboration, le pré-test et la finalisation d'un logiciel pour l'informatisation des données SBC. Egalement, recevoir et compiler les données SBC en provenance des DPS, les enregistrer dans le fichier informatique. De façon standard, analyser les données trimestriellement et fournir un rapport de rétro-information (par préfecture et par centre de santé) aux DPS concernés. Chaque trimestre, transmettre au Ministère de la Santé Publique, Service de Statistiques, Etudes et Informations, ainsi qu'à PRISM, les données compilées sur disquette informatique. De façon ponctuelle, fournir à PRISM des analyses de la base de données SBC.
- Veiller au maintien en bon état et l'utilisation à bon escient des équipements et matériels octroyés aux agents SBC, notamment aux Chargés SBC des DPS, aux superviseurs SBC et aux agents communautaires ;
- Veiller à l'utilisation correcte des fonds alloués (en tickets d'essence) aux DPS pour le fonctionnement des motocyclettes conformément aux conditions d'octroi du projet PRISM et aux règles et aux procédures de financement de MSH et de l'USAID. Superviser les DPS dans leur engagement financier progressif des frais d'entretien et de fonctionnement de cet équipement. (Cf. Annexe 1).
- Fournir au Dépôt régional des stocks de produits contraceptifs et SRO suffisants pour l'approvisionnement des Agents Communautaires en un lot initial équivalent à deux mois d'activité.
- Participer à la réalisation d'évaluations ponctuelles des activités SBC et des expériences pilotes éventuelles.

**Article 3 : Engagements de la Direction Préfectorale de la Santé de Faranah**

- Nommer un Chargé SBC dans l'équipe cadre de la DPS. Ce Chargé SBC est un fonctionnaire de l'Etat au compte du Ministère de la Santé Publique, nommé des membres existants de l'équipe de la DPS ou redéployé à partir des centres de santé. Ce Chargé SBC sera déchargé de toute responsabilité pour les soins cliniques. Ces responsabilités et ces tâches sont décrites dans le document en Annexe 2. La nomination du Chargé SBC de la DPS est la principale condition préalable de la mise en œuvre du Programme SBC par le projet PRISM-Guinée au niveau d'une préfecture.
-

- Coordonner et faciliter l'exécution des activités de redynamisation du programme SBC dans sa préfecture. Fournir des formateurs et co-formateurs pour les activités de formation et de recyclage des Agents Communautaires et Superviseurs SBC.
- Soutenir l'extension du programme SBC aux Centres de Santé nouvellement intégrés en PF.
- Recueillir les rapports mensuels des Centres de Santé (et ainsi des Agents Communautaires) ; exploiter manuellement ces rapports afin de suivre l'évolution du programme et identifier les besoins en formation et en supervision ; intégrer les données dans les résultats de la DPS, dans ses rapports au CTPS et au CTRS. Transmettre à l'IRS-Faranah les rapports mensuels des Centres de Santé dans un délai de trois semaines suivant la fin de chaque mois. De fournir une rétro-information trimestrielle aux Centres de Santé à partir des rapports qui lui sont transmis par l'IRS-Faranah.
- Intégrer les activités SBC dans le monitoring des activités des centres de santé en évaluant leur impact dans l'amélioration de la couverture sanitaire lors des CTPS. Par la suite, présenter les données SBC lors de chaque CTPS et CTRS et lors des rencontres régionaux (ERCOSAR, CORASAR, CRIEC), de manière à démontrer leur impact sur les activités des centres de santé concernés
- Agir comme le superviseur administratif des personnes relais (Assistant technique) mise à la disposition de la DPS par PSR/GTZ pour le renforcement du programme SBC. Le DPS donnera son avis sur le plan de travail et le calendrier de visites de ces personnes relais et transmettra à PSR/GTZ et à PRISM-Guinée son appréciation des services rendus par ces agents
- Gérer selon les règles et les procédures définies dans la Politique de l'Octroi (*Cf. Annexe 3*) pour le Programme SBC les équipements et les matériels qui sont mis à sa disposition par les projets PRISM-Guinée et PSR/GTZ.
- Gérer selon les règles définies dans la Lettre d'Affectation (*Cf. Le document à part*), la motocyclette et les ressources mises à sa disposition par le projet PRISM-Guinée. Il s'engage à financer progressivement les frais de fonctionnement et d'entretien de la motocyclette selon le calendrier défini en Annexe 1.
- Assumer les responsabilités et exécuter les tâches décrites dans le document en Annexe 2 et en particulier de :
  - Superviser les activités de redynamisation dans sa préfecture ;
  - Participer à une réunion mensuelle par centre de santé et par semestre ;
  - Superviser les activités SBC dans sa préfecture et en rendre compte au DPS ;
  - Encadrer les superviseurs SBC lors d'une descente par district et par an. Ce programme d'encadrement sera exécuté en raison de deux visites par Sous-préfecture par an lors desquelles deux ou trois districts seront visités à chaque fois ;
  - En collaboration avec les superviseurs SBC, formuler des recommandations sur la performance des AC à la fin de chaque phase du programme SBC et les communiquer aux projets PRISM-Guinée, PSR/GTZ et PSR/GTZ en vue des la reconnaissance de la performance.
  - Agir comme liaison entre les Superviseurs SBC, la DPS, PSR/GTZ, PSR/GTZ et le projet PRISM.

- Participer à la réalisation d'évaluations ponctuelles des activités SBC et des expériences pilotes éventuelles.

**Article 4 : Engagements de PSR/GTZ**

- Collaborer avec l'IRS-Faranah, et PRISM-Guinée pour l'harmonisation des plans de travail et le partage d'informations, des stratégies et des approches en SBC. A cet effet, les outils SIG développés et fournis par PRISM/MSP seront utilisés par les agents SBC de la Préfecture de Faranah. Le circuit de l'information préconisé par la stratégie SBC de PRISM/MSP sera suivi depuis l'AC jusqu'à l'IRS en passant par le centre de santé et la DPS.
  - Soutenir la redynamisation du programme SBC dans la préfecture de Faranah.
  - Fournir une assistance technique en SBC (AT-SBC) pour appuyer le Chargé SBC de la DPS de Faranah pendant au moins un an. Cette assistance pourrait être assurée par un technicien de terrain travaillant déjà au compte de PSR/GTZ et ayant ses moyens de locomotion. Suivre, à l'aide de cet AT-SBC, les activités SBC dans la Préfecture de Faranah, notamment les réunions mensuelles des AC, l'élaboration des cartes ELCO, les activités du C-SBC, la gestion des équipements et matériels SBC. Aider à analyser et à présenter les données SBC lors des CTPS, CTRS et ERCOSAR.
  - Intégrer les outils du Système d'information pour les Gestion (SIG) développés par PRISM et le Ministère de la Santé Publique (MSP).
  - Prendre en charge les frais de reprographie des documents à distribuer aux participants pendant les formations des Superviseurs SBC et des AC.
  - Prendre en charge les frais de séjour des participants (Superviseurs SBC et AC) pendant les formations dans la Préfecture de Faranah (perdiems, logement, transport, pause café, certificats, salle de formation ...).
  - Prendre en charge les fournitures de bureau des participants (Superviseurs SBC et AC) pendant les formations (stylo, crayon, taille-crayon, gomme, bloc-notes, classeurs Chrono, intercalaires, règles, chemises pour carte ELCO) ainsi que la dotation unique par équipe de formateurs.
  - Fournir la dotation en équipements et matériels de l'équipe de formateurs pendant les formations dans la Préfecture de Faranah (flipchart, retro-projecteur, papier géant, marqueurs, transparents ...).
  - Prendre en charge les frais de la re-mobilisation communautaire dans la Préfecture de Faranah. L'appui technique de PRISM est souhaité pour les termes de référence et le choix d'un organisme relais (comme Cenafod) ainsi que pour le suivi de cette activité.
  - Effectuer, si nécessaire, une extension des SBC aux centres de santé nouvellement intégrés en PF.
  - Participer aux évaluations du programme SBC dans la Préfecture de Faranah.
-

**Activités à financer par PSR/GTZ :**

Estimation des coûts	COÛTS directs	Autres coûts		Coûts totaux
		Asst. tech	Appui adm	
SIG pour Superviseurs SBC SIG pour AC				
Curricula de formation SBC				
Classeurs des formateurs (Sup.SBC et AC)	Prism			
Doc. À distribuer pour Superviseurs SBC	132 000			
Doc. À distribuer pour AC	480 000			
Prise en charge des participants pendant les formations				
Formateurs pendant 6 jours	966 000			
Superviseurs pendant 6 jours	1 866 000			
Agents communautaires pendant 6 jours	3 750 000			
Fourniture de bureau pour AC pdt la formation	1 158 000			
Fourniture de bureau pour Sup. SBC pdt la formation	204 000			
Dotation unique par équipe de formateurs (PM)	Prism			
Re-mobilisation communautaire	6 600 000			
<i>TOTAL</i>	<b>15 156 000</b>			

**Article 6 : Engagements de PRISM-Guinée**

- Collaborer avec l'IRS-Faranah, la DPS de Faranah, et PSR/GTZ pour l'harmonisation des plans de travail et le partage d'informations, des stratégies et des approches en SBC.
- Fournir une motocyclette à la DPS de Faranah et contribuer aux frais de carburant de façon dégressive, pour mener les activités SBC. Ces frais de carburant sont définis dans la Lettre d'Affectation de la motocyclette et dans l'Annexe 1 du présent document.
- Former l'AT-SBC désigné par PSR/GTZ pour appuyer le C-SBC de la DPS de Faranah.
- Fournir les kits SIG (Superviseurs SBC et AC) dans la Préfecture de Faranah.
- Elaborer un logiciel informatique pour la gestion et l'analyse des données SBC, de l'installer au niveau de l'IRS et fournir une assistance technique pour l'exploitation

trimestrielle de ces informations et la rétro-information auprès des DPS et des Centres de Santé.

- Fournir à l'équipe de formateurs SBC de Faranah, les classeurs des deux curricula de formation SBC (Superviseurs SBC et AC).
- Fournir aux Superviseurs SBC, Agents Communautaires, Chargé SBC de la préfecture de Faranah, les équipements et les matériels définis dans sa Politique d'Octroi du Programme SBC : vélos, armoirettes, imperméables, kits de préparation du SRO, vans de méthodes, pagnes SBC, phallus en bois, boîtes à images et les dépliant ; ainsi que les tableaux noirs et les calculatrices pour les Centres de santé de Faranah.
- Fournir au Chargé SBC de la DPS de Faranah, une assistance technique, des réunions régulières et des formations complémentaires (sur le tas ou formelle) en supervision et en exploitation des données.
- Soutenir la redynamisation de l'ancien réseau SBC de FAMPOP et l'extension du programme SBC aux Centres de Santé nouvellement intégrés en PF dans la Préfecture de Faranah. Fournir une assistance technique dans le choix, la définition des termes de référence de l'organisme relais pour la re-mobilisation communautaire dans la Préfecture de Faranah.
- Participer la réalisation d'évaluations ponctuelles des activités SBC et des expériences pilotes éventuelles.

#### Activités à financer par PRISM :

Estimation des coûts	COÛTS directs	Autres coûts		Coûts totaux
		Asst. tech	Appui adm	
SIG pour Superviseurs SBC	204 000			204 000
SIG pour AC	468 000			468 000
Curricula de formation SBC				
Classeurs des formateurs (Sup.SBC et AC)	252 000	277 000	200 000	729 000
Doc. À distribuer pour Superviseurs SBC	Psr			
Doc. À distribuer pour AC	Psr			
Prise en charge des participants pendant les formations				
Formateurs pendant 6 jours	Psr			
Superviseurs pendant 6 jours	Psr			
Agents communautaires pendant 6 jours	Psr			
Fourniture de bureau pour AC pdt la formation	Psr			
Fourniture de bureau pour Sup. SBC pdt la formation	Psr			
Dotation unique par équipe de formateurs (PM)				

Re-mobilisation communautaire	Psr			
Equipements de travail pour AC		740 000	925 000	1 665 000
Vélos	4 500 000			4 500 000
Armoirettes	915 000			915 000
Sacs SBC	363 000			363 000
Imperméables	540 000			540 000
Kit SRO	61 500			61 500
Vans de méthodes	75 000			75 000
Pagnes SBC (2 par personne)	480 000			480 000
Phallus en bois	75 000			75 000
Boites à images (4 par personne)	3 900 000			3 900 000
Dépliants (100 par personne)	975 000			975 000
Equipements de travail pour Superviseurs SBC				
Sacs SBC	145 200			145 200
Imperméables	216 000			216 000
Pagnes SBC (2 par personne)	192 000			192 000
Calculatrice 10 chiffres	90 000			90 000
Tableau noir	120 000			120 000
Equipements de travail pour C-SBC y compris motocyclette	11 995 700			11 995 700
<b>TOTAL</b>	<b>25 566 700</b>	<b>1 017 000</b>	<b>1 125 000</b>	<b>27 708 700</b>

**Article 7 : Modifications**

La présente Convention de Collaboration pourra être modifiée ou résiliée par écrit d'un commun accord.

**Article 8 : Subordination**

La poursuite à Faranah ou en Guinée du projet PRISM-Guinée, ou de ses modalités, sont subordonnées aux clauses de l'accord de subvention liant le Management Sciences for Health et l'USAID d'une part, et au Protocole d'entente bilatérale signé entre l'USAID et le Gouvernement de la Guinée d'autre part.

La poursuite à Faranah ou en Guinée du projet PSR, ou de ses modalités, sont subordonnées aux clauses de l'accord de subvention liant la GTZ et le Gouvernement de la Guinée.

Tout changement dans les statuts d'un des projets susceptible d'affecter la présente convention sera immédiatement communiqué aux autres partenaires signataires.

**Article 9 : Dispositions finales**

- Les fonds nécessaire à la réalisation des activités sont gérés par l'organisme fournisseur de ceux-ci et selon les règles et normes le régissant;
  - Chaque partenaire établit trimestriellement l'**état des dépenses** qu'il a consacré aux activités inscrites à la présente convention en transmet copies aux autres partenaires à titre d'information.
  - Les montants de dépenses inscrits dans la présente convention comme valeur des contributions par l'un ou l'autre des partenaires aux diverses activités, le sont à titre indicatif. Les valeurs réalisées (effectives) de ces contributions seront présentées dans les États Trimestriels des Dépenses.
  - Les différents partenaires se réunissent au moins une fois par trimestre au niveau central et au niveau régional pour faire le point sur l'exécution des activités et des dépenses;
  - La présente convention entre en vigueur rétroactivement le 1 janvier 2001 en reconnaissance du fait que certaines activités et dépenses ont déjà été accomplies par l'un ou l'autre des partenaires depuis cette date.
-

Fait à Conakry, le 22 janvier 2001

**Inspection Régionale de la Santé  
Région Administrative de Faranah**

**Dr Camille SOUMAH  
IRS de Faranah**

**Direction Préfectorale de la Santé  
Préfecture de Faranah**

**Dr Adama DIALLO  
DPS de Faranah**

---

**Projet GTZ/PSR**

**Dr Franz von Roenne  
Conseiller Technique Principal**

---

**Projet PRISM**

**M Alain Joyal  
II. Directeur**

## Récapitulation des engagements de chaque partenaire pour la Préfecture de Faranah

(12 sup. SBC, 30 AC, 1 C-SBC)

<i>Description</i>	<b>PSR/GTZ</b>	<b>PRISM</b>
SIG pour Superviseurs SBC		X
SIG pour AC		X
Classeurs des formateurs (Sup. SBC et AC)		X
Doc à distribuer pour Superviseurs SBC	X	
Doc à distribuer pour AC	X	
Prise ne charge des Formateurs pendant les formations	X	
Prise en charge des Superviseurs SBC pendant la formation	X	
Prise en charge des AC pendant la formation	X	
Fournitures de bureau pour AC pendant la formation	X	
Fourniture de bureau pour Sup. SBC pendant la formation	X	
Dotation unique par équipe de formateurs	X	
Re-mobilisation communautaire	X	
Vélos pour AC		X
Armoirette pour AC		X
Sacs SBC pour AC		X
Imperméable pour AC		X
Kit SRO pour AC		X
Vans de méthodes pour AC		X
Pagnes SBC pour AC		X
Phallus en bois pour AC		X
Boîtes à images pour AC		X
Dépliants pour AC		X
Sacs SBC pour Superviseurs SBC		X
Imperméable pour Superviseurs SBC		X
Pagnes SBC pour Superviseurs SBC		X
Calculatrice 10 chiffres pour Superviseurs SBC		X
Tableau noir pour Superviseurs SBC		X
Sacs SBC pour C-SBC		X
Imperméable pour C-SBC		X
Pagnes SBC pour C-SBC		X
Calculatrice 12 chiffres pour C-SBC		X
SIG pour C-SBC		X
Fournitures de bureau pour C-SBC		X
Motocyclette pour C-SBC		X

Annexe 1 : Calendrier de financement des motocyclettes mises à la disposition des Chargés SBC

Afin de renforcer et tester la pérennité du programme SBC tout en permettant au Ministère de la Santé Publique de prévoir les moyens financiers pour son soutien, PRISM-Guinée préconise la prise en charge progressive des motocyclettes par les Directions Préfectorales de la Santé.

PRISM-Guinée reconnaît quatre catégories de frais entraînés par le fonctionnement d'une motocyclette. Le financement dégressif de chacune de ces catégories est conditionné par la nature des frais, soit :

- Les frais de carburant (l'essence pour les motocyclettes 125cc). Si un Chargé SBC roule 1500 KM par mois et que la moto utilise l'essence à raison de 4 litres aux cents kilomètres et que l'essence coûte 1000 FG par litre, les frais de carburant seront d'environ 60.000 FG par mois (soixante milles francs).
- Les frais d'entretien courant (vidanges régulières, petites réparations, crevaisons....). Le montant de ces frais ne peut pas être estimé avec exactitude à l'avance.
- Les frais d'assurance. Entièrement à la charge de PRISM-Guinée aussi longtemps qu'il est le propriétaire de la moto.
- Les frais de grand entretien (remplacement de pneus et autres pièces). Pendant les premiers 18 mois, aucun frais n'est envisagé. On estime qu'à partir de 18 à 24 mois, une moto aura besoin de nouveaux pneus et éventuellement de plaquettes de freins. PRISM-Guinée s'engage à fournir ces pièces à raison d'un jeu par moto. En cas d'accident grave ou problème exceptionnel, une décision sera prise par PRISM-Guinée après une inspection de la moto.

Le tableau suivant résume les niveaux de financement fournis par PRISM-Guinée par période de douze mois (à compter de la date de signature du présent document) et ceux attendus de chaque Direction Préfectorale de la Santé signataire d'une Convention de Collaboration.

A la fin du projet PRISM-Guinée, la direction de PRISM-Guinée, en consultation avec le Ministère de la Santé Publique et selon les règlements de USAID, décidera du transfert définitif du titre de propriété de la moto à l'IRS ou la DPS concernée. Les critères d'octroi définitif et les modalités du transfert seront définis ultérieurement.

Répartition des frais entre PRISM-Guinée et une Direction Préfectorale de la Santé pour l'entretien d'une motocyclette.

Période	Engagement	PRISM-Guinée	DPS
Mois 1 à 12	Frais de carburant Frais d'entretien courant Assurance	100% (environ 720.000/an) 0% 100%	0% 100% 0%
Mois 13 à 24	Frais de carburant Frais d'entretien courant Assurance Pneus, plaquettes de freins (selon l'appréciation de PRISM)	50% (environ 360.000/an) 0% 100% un jeu par moto	50% (idem) 100% 0% 0%
Mois 25 à la fin du projet PRISM-Guinée	Frais de carburant Frais d'entretien courant Assurance Pneus, plaquettes de freins (selon l'appréciation de PRISM)	25% (ENVIRON 165.000/AN ) 0% 100% UN JEU PAR MOTO (SAUF SI CECI A ÉTÉ EFFECTUÉ PENDANT LA PÉRIODE PRÉCÉDENTE	75% (environ 525.000/an ) 100% 0% 0%
A la fin du projet PRISM-Guinée	Transfert définitif de l'équipement au MSP, sous condition que la DPS maintienne le programme SBC	0%	100%

## Annexe 2 : Description des Tâches d'un Chargé des Services à Base Communautaire

Le Chargé des Services à Base Communautaire (SBC) est un fonctionnaire du Ministère de la Santé Publique au niveau préfectoral. Il est membre de l'Equipe Cadre de la DPS soit par l'attribution de ce Charge à un membre existant de l'Equipe soit par redéploiement du personnel dans la préfecture à l'Equipe Cadre. Une fois nommé, le Chargé SBC est libéré de toute responsabilité comme prestataire.

Afin de permettre une efficacité maximale, la personne chargée des SBC aura de préférence les expériences suivantes :

- Chef de Centre de Santé de référence pour un réseau d'Agents Communautaires ayant des résultats moyens ou supérieurs à la moyenne pour la DPS
- Superviseur direct d'Agents Communautaires
- Formateur d'Agents Communautaires ou expérience en formation
- Expérience en monitoring
- Conducteur de motocyclette
- Ayant bénéficié d'une formation de formateurs ou une formation en utilisation de données ou une formation en supervision

Le Chargé des SBC est responsable du programme des Services à Base Communautaire dans sa préfecture. Les responsabilités du Chargé des SBC incluent :

1. Collaboration à la planification : Faisant partie de l'équipe DPS et IRS, collaborer avec les agences d'exécution (telles que PRISM, Africare, GTZ, Save the Children, ...) et les bailleurs de fonds dans l'élaboration et la mise à jour du plan d'action pour la stratégie SBC
  - Plan de re-mobilisation communautaire
  - Plan de formation
  - Plan de supervision
2. Démarrage du programme : Superviser l'exécution du plan de re-mobilisation communautaire, le recensement des AC, la sélection de nouveaux AC dans les communautés qui en manquent, la confirmation des communautés à participer au programme, fournir des informations à l'IRS et à PRISM sur les résultats
3. Formation : Servir comme personne relais au niveau préfectoral pour la participation des Chefs de Centre, les Agents PEV et les Agents CPN à la formation en Supervision des SBC (qui sera tenue au niveau régional ou supra-régional), agir comme co-formateur si nécessaire.
4. Veiller à l'organisation et à la bonne exécution du plan de formation des Agents Communautaires, collaborer avec l'équipe de formateurs SBC, agir comme co-formateur si nécessaire. Veiller à la réalisation du programme de recyclage sur le tas lors des réunions mensuelles et exceptionnelles.

5. Assistance technique en supervision : Fournir de l'assistance technique aux Superviseurs pour l'installation des AC après la formation et le démarrage des réunions mensuelles par la participation à deux des trois premières réunions après la formation des AC
  6. Fournir de l'assistance technique aux Superviseurs pour la supervision des AC par :
    - Participation à une réunion mensuelle des AC par Centre et par Semestre
    - Encadrement du Superviseur lors d'une descente par District par an. Ce programme d'encadrement sera exécuté à raison de deux visites par sous-préfecture par an lors desquelles deux ou trois districts seront visités à chaque fois
    - Utiliser les grilles de supervision SBC qui seront mises à sa disposition.
  7. SIG : Réceptionner les rapports mensuels qui lui seront transmis par les Chefs de Centre et les préparer pour transmission à l'IRS. Préparer des statistiques et des graphiques (selon des analyses-types qui lui seront communiquées lors d'une formation spécifique) sur la performance des SBC et des réseaux et fournir une rétro-information aux Chefs de Centre au moins trimestriellement. Fournir au DPS des données et d'autres informations concernant l'évolution du programme SBC.
  8. Approvisionnement et gestion de stock : Lors des descentes aux Centres de Santé et aux districts, surveiller la gestion du stock des produits offerts par les AC et les mouvements de stock et d'argent au niveau du Point de Vente du Centre. Renforcer les connaissances sur la bonne gestion du stock afin d'éviter les ruptures et le dé-financement progressive.
  9. Monitoring de la Performance : A la fin de la période initiale de trois mois après la formation des AC, consulter les Chefs de Centre sur la performance des AC par rapport aux objectifs pour la période. Etablir avec eux la liste d'AC atteignant les objectifs et qui peuvent donc bénéficier d'un vélo. Transmettre la liste à l'IRS et à PRISM.
  10. Encadrer les Superviseurs pour la définition des zones d'intervention des AC et le calcul des objectifs de performance tenant compte des populations cibles. Vérifier les recommandations des Chefs de Centre sur la performance des AC par rapport aux objectifs de la Phase 1 et la Phase 2. Communiquer à l'IRS et au partenaire extérieur (PRISM ou autre) la liste d'AC et des Réseaux méritant la reconnaissance de leur performance. Organiser au niveau DPS les cérémonies de reconnaissance.
  11. Gestion de l'appui : Gérer selon les règles les ressources mises à sa disposition pour la réalisation des activités SBC (activités réalisées sous sa responsabilité dans la préfecture ainsi que celles qu'il réalise lui-même).
  12. Evaluation : Participer aux activités d'évaluation du programme SBC, aux réunions techniques périodiques, aux recherches opérationnelles et aux voyages d'études internes.
-

## Annexe 3 : Politique d'Octroi – Programme SBC

### A. Catégories

Le Projet PRISM reconnaît trois catégories d'intervenants SBC :

1) Les Agents Communautaires (AC) :

Étant des individus choisis par leur communauté (au sens large du terme) et recevant une formation restreinte en IEC, en certains soins primaires, en méthodes PF et en prévention des MST-SIDA. Ces AC agissent au sein de leur communauté, distribuent une gamme limitée de produits et réfèrent tout problème médical et toute demande dépassant leur compétence aux services sanitaires.

2) Les Superviseurs SBC directs (Superviseurs)

Étant les Chefs de Centre de Santé, les Agents PEV ou d'autre membre du personnel du Centre de Santé (mais pas plus de trois personnes par Centre), identifiés par le DPS et formés à superviser directement les Agents Communautaires rattachés à leur Centre.

3) Les futurs Chargés SBC de la Direction Préfectorale de la Santé

Étant le fonctionnaire chargé par le Directeur Préfectoral de la Santé de la responsabilité pour les activités SBC et pour leur supervision et formé à ces fonctions. Cette personne fait partie de l'Équipe Préfectorale de la Santé.

### B. Spécificité de l'octroi par catégorie d'intervenants

La politique d'octroi d'assistance en nature aux Agents Communautaires vise à :

- 1) leur fournir un matériel en IEC et d'autres articles adaptés au milieu de travail, aux exigences des déplacements et du public ;
- 2) leur fournir des articles qui les identifient comme Agent Communautaire SBC et qui contribuent à leur motivation personnelle tout en leur étant utiles. Toutefois, ces articles ne doivent pas prêter à confusion sur le statut bénévole et non professionnel de ces personnes ;
- 3) leur fournir un premier lot de fournitures de bureau, leur permettant de démarrer leur activité. Les Centres de Santé qui gèrent un réseau SBC devraient se servir des recettes des ventes de produits par les SBC pour remplacer ces articles après épuisement du premier lot.
- 4) leur fournir d'un moyen de transport adapté sous condition de l'atteinte de certains critères de fonctionnement (voir Section D)

Puisque ces agents œuvrent dans différents milieux (au village, en milieu de travail, en entreprise) des articles adaptés aux conditions spécifiques des milieux seront octroyés à chaque réseau SBC impliqué.

La politique d'octroi d'assistance en nature aux deux catégories de Superviseurs vise à :

- 1) leur fournir des articles qui les identifient comme membre d'un réseau SBC, qui facilitent leur travail et, pour certains articles, qui contribuent à leur motivation personnelle.
- 2) leur fournir un premier lot de fournitures de bureau leur permettant de démarrer les réunions mensuelles de supervision. Les Centres de Santé qui gèrent un réseau SBC devraient se servir des recettes des ventes de produits par les SBC pour remplacer ces articles après épuisement du premier lot
- 3) en ce qui concerne les Chargés des SBC de DPS, leur fournir un moyen de transport adapté.

#### C. Conditions préalables à l'octroi :

Les conditions préalables à l'octroi sont :

- 1) Les matériels seront octroyés à la suite de la formation des AC ou des Superviseurs SBC et en quantités correspondantes au nombre d'agents qui ont complété avec succès le cours.
  - 2) En ce qui concerne les vélos :
    - \* En plus d'avoir atteint le niveau de fonctionnement requis (voir Section D), la demande écrite doit préciser le nombre de villages d'intervention, les distances à parcourir (informations à fournir par le Chef de Centre).
    - \* Les utilisateurs doivent compléter avec succès le stage de conduite et d'entretien organisé par PRISM.
  - 3) En ce qui concerne les motos :
    - \* les Responsables doivent avoir complété avec succès la formation en Supervision SBC et avoir arrêté avec leur DPS un plan de travail pour le semestre en cours.
    - \* Les utilisateurs doivent compléter avec succès le stage d'entretien organisé par PRISM.
-

- 5) En ce qui concerne les articles en guise de reconnaissance de performance destinés aux Superviseurs directs :
- L'ensemble de Agents Communautaires rattachés au Centre de Santé doit avoir atteint les objectifs de la Phase 1 et, ultérieurement, de la Phase 2 pour se qualifier pour l'octroi de ces articles,
  - Les articles octroyés en guise de reconnaissance de la performance sont destinés à être utilisés dans le Centre de Santé à l'exception des pagnes imprimés qui deviennent la propriété personnelle du Superviseur.

D. CONDITIONS D'OCTROI D'UN VÉLO ET DU TRANSFERT DU TITRE

Un vélo sera octroyé à l'Agent Communautaire qui a démontré un niveau de fonctionnement et d'organisation de travail adéquat lors de la Phase Test de trois mois suivants la formation.

Le titre du vélo sera transféré de façon provisoire à l'Agent Communautaire qui a atteint ses objectifs de performance fixés pour la Phase 2. Le maintien du titre est conditionné par l'approbation semi-annuelle de la communauté.

Le Chef du Centre, appuyé par le Chargé SBC de DPS justifiera par écrit auprès de PRISM ses recommandations pour ou contre l'octroi d'un vélo (Phase Test) et du transfert de titre (Phase 2) par AC et de façon nominative. Cette justification inclura les informations suivantes :

1. la période de temps en considération ;
2. le nom du village de résidence de l'AC et les noms des villages secondaires de sa zone d'intervention ;
3. l'attestation des activités d'IEC et de mobilisation communautaire des trois premiers mois pour la Phase Test, les statistiques d'activité des six derniers mois par village pour la Phase 2 ;
4. l'attestation de sa présence aux réunions mensuelles de supervision , de l'élaboration de la Carte ELCO et de la transmission des rapports d'activité.

La décision finale sera prise par le directeur du Projet sur la base de ces informations et sera communiquée au Chef du Centre et au DPS par écrit.

Les vélos : Conditions particulières :

? Le vélo restera sous la responsabilité du DPS (et immédiatement sous la responsabilité du Chef de Centre et de la communauté) jusqu'à ce que l'AC atteigne les objectifs de la Phase 2. Si pendant cette période l'AC démissionne ou se retire du projet, le vélo sera transféré à son remplaçant. Si le village ou la communauté se retire du projet, le vélo sera repris par le DPS pour PRISM. Si la communauté exprime une insatisfaction non résoluble avec l'AC, le vélo sera repris par le DPS pour PRISM

Un vélo repris peut être affecté à un autre agent ou à un autre village ; le DPS en informera PRISM.

Le projet n'assurera ni l'entretien ni les réparations de ce matériel.

#### E. Conditions particulières à l'octroi d'une moto

Les motos seront gérées par les DPS selon un protocole fixé par le Projet.

\* Il est entendu que la moto est utilisée par le Chargé SBC de DPS dans le cadre de ses responsabilités et n'est nullement affectée à l'individu en tant que personne physique. Chaque moto a un seul utilisateur, le Chargé SBC, nommé par le DPS. La moto ne peut pas être affectée à une autre personne, à un autre poste ni à un autre endroit sans la permission écrite et préalable de PRISM. Cette permission ne sera accordée que sur demande écrite justifiant le changement dans le cadre du programme SBC soutenu par PRISM. Toutefois, si pendant la période du projet PRISM, l'individu s'occupant de la supervision est muté ailleurs ou se retire du projet (quel que soit le motif), la moto sera transférée au remplaçant nommé comme Chargé SBC et le DPS en informera PRISM.

\* L'utilisateur doit être détenteur d'un permis de conduire valide pour ce type de transport.

\* Le personnel utilisateur sera formé à l'entretien de la moto avant l'octroi du matériel.

\* Deux casques seront fournis par moto. Le port du casque par l'utilisateur et par tout passager éventuel est obligatoire. Toute infraction à cette règle de sécurité entraînera la reprise de la moto.

\* La moto sera livrée avec les accessoires suivantes : une trousse d'outillage, une combinaison de conduite, une paire de gants, une paire de bottes de conduite.

\* Assurance : PRISM contractera une assurance de responsabilité civile et une assurance pour le chauffeur et le passager de chaque moto.

\* Réparations : Le financement de l'entretien et du carburant tombe en dehors du cadre de la Politique d'Octroi.

#### G. Liste des Fournitures Standards

##### **Agents Communautaires**

Cartable

Kit de démonstration SRO

Deux pages de tissu imprimé du logo SBC (pour fabriquer une chemise ou une blouse ou à porter comme page par les AC féminins)

---

- Un poncho imperméable
- \* Présentoir de méthodes (à fabriquer pendant la formation)
- \* Boîtes à images - petit modèle (sur la PF, la LMD, les MST-SIDA, les adolescents)
- \* Mannequin mâle
- \* Fiches SIG
- Dépliants à distribuer
- \* Une armoirette pour stocker les produits
- \* Un premier lot de fournitures non renouvelable :
  - 2 stylos bleus
  - 2 crayons
  - 1 taille crayon
  - 1 gomme
  - 1 règle
  - 1 boîte de crayons de couleurs pour la Carte ELCO
  - une grande feuille de bristol pour la Carte ELCO
- \* Vélo (soumis aux conditions exposées ci-dessus)

### **Superviseurs des Agents Communautaires (superviseurs directs)**

#### **Par superviseur**

- \* Deux pagnes de tissu imprimés du logo SBC
- \* Un sac à dos imperméable
- \* Un poncho imperméable
- \* Une calculatrice
- \* Fiches SIG
- \* Premier lot de fournitures de bureau (non renouvelable)
- \* Exemplaire du curriculum SBC

#### **Par Centre de Santé auquel est associé un réseau SBC**

- \* Un tableau noir de 1m x 1m
- \* Une boîte de craies

### **Responsables SBC des DPS**

- \* Une calculatrice
- \* Un sac à dos imperméable
- \* Deux pagnes de tissu imprimés du logo SBC
- \* Fiches SIG
- \* Premier lot de fournitures de bureau (non renouvelable)
- \* Exemplaire du curriculum SBC et du curriculum des Superviseurs SBC
- \* Motocyclette et fournitures (soumis aux conditions exposées ci-dessus).

---

**ANNEXE CC**  
**CONSULTATIONS DE COURTE DURÉE**

---

## ANNEXE CC

## EXTERNAL CONSULTANTS FOR LIFE OF PROJECT PRISM-GUINEA

NAME	TITLE/FUNCTION	AFFILIATION	PRISE EN CHARGE	DATES		PURPOSE OF TRIP
				Arrival	Depart	
Aristide Aplogan Nafissatou Diop Diouratié Sanogo	Consultant Associate Deputy Director	Population Council Africa OR/TA Project II – Population Council Africa OR/TA Project II – Population Council	Population Council	11/30/97	12/5/97	To Finalize the Guinea Situation Analysis study design with the MOH; To prepare the MOH for the signature of a subcontract with the POP council; To discuss with the MOH and SO2 team of USAID, the planning and implementation of the SA study early activities than do not require financial costs
Anatole Bilecky		Independent	MSH/PRISM	2/12/98	3/21/98	Assessments of Local Markets in Conakry in order to set up offices in country. Support the transfer operation of equipment between PSI and PRISM
Gordon Homer	Procurement Officer	MSH	MSH/PRISM	2/16/98	3/07/98	Assessments of Local Markets in Conakry in order to set up offices in country. Support the transfer operation of equipment between PSI and PRISM
Elisabeth Cruz	Senior Program Associate	MSH/SHS	MSH/PRISM	02/98	02/98	Installation du bureau de liaison PRISM de Conakry et aider à identifier le bureau de N'Zérékoré
Michael Gabra	Senior Program Associate	MSH	MSH/PRISM	3/15/98	4/04/98	Assess current logistics systems for FP products and ORS, and plan expansion of these systems to include basic clinical/IEC supplies and training materials for use in FP/MST-SIDA activities. Research options and make recommendations for improving systems.
Elke Konings	Senior Program Associate	MSH/SHS	MSH/PRISM	3/21/98	4/18/98	Assist/advise the Monitoring and Evaluation

## ANNEXES

NAME	TITLE/FUNCTION	AFFILIATION	PRISE EN CHARGE	DATES		PURPOSE OF TRIP
				Arrival	Depart	
	Guinea Technical Backstop					Specialist in the design of a study to evaluate CBD Program.
Malcom Bryant	Program Director	MSH/SHS	MSH	3/98	3/98	Prise de contact avec USAID et MOH, assister le COP dans le cadre de l'installation de l'équipe de base.
Susan Krenn	Program Associate Guinea Technical Backstop	CCP	CCP/PRISM	4/13/98		Réflexion stratégique, Plan opérationnel (Ckry). Lancement officiel de PRISM
Anne Pfitzer	Guinea Technical Backstop	JHPIEGO	JHPIEGO	4/13/98		Réflexion stratégique, Plan opérationnel (Ckry). Lancement officiel de PRISM
Sylvia Vriesendorp	Senior Program Associate	MSH/FPMD	MSH/PRISM	4/13/98	4/20/98	Design and facilitate strategic planning exercise for/with PRISM and MOH.
Elke Konings	Senior Program Associate Guinea Technical Backstop	MSH/SHS	MSH/PRISM	6/15/98	6/26/98	Facilitation of SO2 indicators workshop.
Scott McKeown	Senior Program Associate	MSH/INFORM	MSH/PRISM	6/15/98	6/26/98	Facilitation of SO2 indicators workshop.
Natalie Gaul	Contract & Budget Officer	MSH	MSH/PRISM	6/28/98	7/11/98	<a href="#">Drafting les mécanismes de suivi (informatique) des procédures administratives de PRISM.</a>
Elisabeth Cruz	Senior Program Associate	MSH/SHS	MSH/PRISM	7/20/98	8/05/98	Act as Operations Manager for project while Katie Sears is away on leave.
Kim Siefert	Senior Program Associate	JHU/CCP	JHU/CCP	10/98	11/98	Technical support (to define more accurately)
Stella Babalola	Demographer, Evaluation Unit	JHU/CCP	JHU/CCP	10/98	10/98	Piloter la préparation méthodologique de l'analyse de base sur les CAP en matière de SR en Haute Guinée et en Guinée Forestière
Jana Ntumba	Senior Program Associate	MSH/SHS	MSH/PRISM	11/98	12/98	Identification of the key managerial issues in the health centers targeted by the project and their management training needs. Propose and initiate implementation of a management

ÉVALUATION MI-PARCOURS DU PROJET PRISM

NAME	TITLE/FUNCTION	AFFILIATION	PRISE EN CHARGE	DATES		PURPOSE OF TRIP
				Arrival	Depart	
						training strategy for the regional health structure (IRS/DPS/CS) and for AGBEF.
Cynthia Veliko	Independent Consultant	Independent	MSH/PRISM	11/10/98	3/29/99	Oversee recruitment of administrative positions for PRISM and manage Conakry office operations in the interim.
Scott McKeown	Senior Program Associate	MSH/INFORM	MSH/PRISM	11/15/98 1/22/99	12/17/98 2/11/99	Act as project leader and representative to local USAID mission in absence of COP. Participate in strategic planning workshop in N'zérékoré;
Randy Wilson	Senior Program Associate	MSH/INFORM	MSH/PRISM	12/06/98	12/18/98	Evaluate project needs for Information Management Systems; Assist in the development of detailed plan of action for H/MIS/ Monitoring and Evaluation for 1999-2000.
Anne Williams	Program Associate	MSH/INFORM	MSH/PRISM	1/31/99	2/14/99	Assess the logistics management information system at PEV/SSP/ME warehouses; ensure that CLM is functioning in the warehouses where it has been installed.
Catherine Severo	Senior Program Associate	MSH/SHS	MSH/PRISM	2/14/99	6/03/99	To develop PRISM's technical strategy/approach to strengthening the CBD program.
Anne Pfitzer	Guinea Technical Backstop	JHPIEGO	JHPIEGO	2/99	2/99	
Princia Ratrino	Consultant	Independent	MSH/PRISM	4/15/99	5/30/99	Training of local staff and assistance in developing local procedures manual.
Eleonore Rabelahasa Ibrahima Sanogo	Program Officer Consultant	MSH-Madagascar Independent	MSH/PRISM JHPIEGO/PRISM	04/99		Assist the MOH and PRISM in developing standards for the PMA; make recommendations for an implementation strategy.
Jana Ntumba	Senior Program Associate	MSH/SHS	MSH/PRISM	4/18/99	5/27/99	MT
Randy Wilson	Senior Program Associate	MSH/INFORM	MSH/PRISM	4/26/99	5/14/99	Rapid assessment of HMIS.
Michael Bailey	Program Associate	JHU/CCP	CCP/PRISM	07/99	08/99	Developpement du SCOPE pour la Guinée et

## ANNEXES

NAME	TITLE/FUNCTION	AFFILIATION	PRISE EN CHARGE	DATES		PURPOSE OF TRIP
				Arrival	Depart	
						formation des agents en la matière.
Lauren Goodsmith Cheick Omar Camara	Program Associate Local Consultant	JHU/CCP Independent	JHU/CCP	8/99	8/99	Communication Video Development and Production
Kim Siefert	Senior Program Associate	JHU/CCP	JHU/CCP			2 <sup>nd</sup> technical support visit
Jean-Patrick DuCongé Abderhamane Brachmi	Senior Program Associate Consultant	MSH/POP Independent	MSH/Hewlett	8/99	8/99	Adolescents Sexuality Research Methodology
Dominique Rakotomanga	CBD Specialist	Independent	MSH/PRISM	10/05/99	11/21/99	Modification of curricula for supervisors of community-based distribution agents for the project
Alexandre Muhawenimana	CBD Specialist	INTRAH/Prime	INTRAH	10/05/99	11/21/99	Modification of curricula for supervisors of community-based distribution agents for the project
Catherine Severo	Senior Program Associate	MSH/SHS	MSH/PRISM	10/09/99	10/26/99	Update CBD curricula.
Matt Venezia	Senior Staff Accountant	MSH/FIN	MSH/PRISM	10/11/99	10/22/99	To assist the COP in conducting a review of field expenses and accounting procedures, and to make recommendations for the remaining 3 years of the project.
Jean-Patrick DuCongé	Senior Program Associate	MSH/POP	MSH/PRISM	10/11/99	10/26/99	Facilitate the development of a document presenting the Minimum Package of Activities offered by Guinean health structures and responding to the planning needs of the MOH.
Charlie Stover	Principal Program Associate	MSH/HRFP	USAID/ UNICEF	10/18/99	10/26/99	Equity Initiative
Sys Morch	IEC Specialist	Independent	PRISM/CCP	11/10/99	12/10/99	Support the development of IEC materials for CBD and <i>long-distance learning</i>
Elke Konings	Senior Program Associate Guinea Technical Backstop	MSH/SHS	MSH/PRISM	11/28/99	12/12/99	Strategic planning, preparation for internal evaluation.

ÉVALUATION MI-PARCOURS DU PROJET PRISM

NAME	TITLE/FUNCTION	AFFILIATION	PRISE EN CHARGE	DATES		PURPOSE OF TRIP
				Arrival	Depart	
Scott McKeown	Senior Program Associate	MSH/INFORM	MSH/PRISM	12/5/99	12/18/99	Indicator definition for NHIS.
Stella Babalola	Demographer, Evaluation unit	JHU/CCP	JHU/CCP	01/00	02/00	Research on adolescent sexuality
Elspeth Taylor Bob Burns	Chief Finance Officer Contract/Grant Officer	MSH/CFO MSH/G&CA	MSH MSH/PRISM	1/00	1/2000	Meeting with USAID Guinee concerning PRISM funding situation
Elke Konings	Guinea Technical Backstop	MSH/SHS	MSH/PRISM	1/24/99	2/14/99	Assist new COP upon arrival to post ; prepare draft quarterly technical report.
Crispin Vincent	Network technician	MSH/ITO	MSH	2/29/00	3/10/00	Information systems consulting
Carol Sienche	Guinea Technical Backstop	JHU/CCP	CCP/PRISM	3/05/00	3/20/00	Internal evaluation
Marcia Brown	Development Officer	MSH	MSH	3/05/00	3/20/00	Internal evaluation
Malcom Bryant	Director, Strengthening Health Services Program	MSH/SHS	MSH/PRISM	3/05/00	3/20/00	Internal evaluation
Laura Burns	Program Associate, Bakstop	MSH/SHS	MSH	3/05/00	3/20/00	Internal evaluation
Elke Konings	Senior Program Associate Guinea Technical Backstop	MSH/SHS	MSH/PRISM	3/05/00	3/20/00	Internal evaluation
John Pollock	Director, Human Resources	MSH	MSH	3/05/00	3/20/00	Internal evaluation
Saul Helfenbien	Senior Fellow	MSH/ Population and Reproductive Health Program	MSH/Hewlett	4/25/00	5/02/00	Adolescent sexuality research
Ali Kouaouci	Researcher in Demography	University of Montreal	MSH/Hewlett	4/25/00	5/9/00	Adolescent Sexuality Research
Elke Konings	Senior Program Associate Guinea Technical Backstop	MSH/SHS	MSH/PRISM	5/8/00	5/17/00	Strategic Planning Activities
Sylvia Vriesendorp	Senior Program Associate	MSH/FPMD	MSH/PRISM	5/8/00	5/17/00	Strategic Planning Activities, internal retreat

## ANNEXES

NAME	TITLE/FUNCTION	AFFILIATION	PRISE EN CHARGE	DATES		PURPOSE OF TRIP
				Arrival	Depart	
						facilitation
Peter Sipe	Senior Program Associate	MSH/HRFP (Health Reform and Financing Program)	USAID/UNI CEF	5/20/00	6/02/00	USAID/UNICEF joint Equity Initiative
Carol Sienche	Guinea Technical Backstop	JHU/CCP	CCP/PRISM	07/00	08/00	Assistance dans la transition au Poste de Conseiller en IEC et développement des messages jeunes
Bula Bula Lielie Romain	Consultant	Independent	MSH/PRISM	9/25/00	10/8/00	Design and lead training of trainers course for regional trainers.
Isiah N'Dong	Technical Advisor Quality of Care	AVSC-Intl	PRISM/MSH	11/9/00	11/10/00	Planning meeting with PRISM for implementation of Continuous Quality Improvement of RH care activity implementation
Ndoye C. Khar	Consultant (Midwife)	AVSC-Intl	PRISM/MSH	12/00	12/00	Introduction of COPE in Faranah Region, training of COPE facilitator in Faranah
Annie Ringuede	Local Consultant	Independent	MSH/PRISM	Jan 01	March 01	Part time : Provide assistance with writing, editing and production of technical documents, presentation materials, and reports ; control quality of translation work conducted for the project.
Elke Konings	Senior Program Associate Technical Backstop	MSH/SHS	MSH/PRISM	1/05/01	2/14/01	Assist in preparation of revised project reapplication.
Danielle Baron	Senior Program Associate	JHU/CCP	CCP/PRIMS	2/06/01	3/03/01	Support the implementation of the multimedia youth campaign and other facets of IEC/BCC activities planned for 2001.
Ali Kouaouci	Researcher in Demography	University of Montreal	MSH/Hewlett	2/10/01	2/23/01	Adolescent Sexuality Research
Catherine Severo	Senior Program Associate	MSH/SHS	MSH/Hewlett &	2/15/01	2/23/01	- Adolescent Sexuality Research -Analysis of COGES survey

ÉVALUATION MI-PARCOURS DU PROJET PRISM

NAME	TITLE/FUNCTION	AFFILIATION	PRISE EN CHARGE	DATES		PURPOSE OF TRIP
				Arrival	Depart	
			MSH/PRISM			
Scott McKeown	Senior Program Associate	MSH/INFORM	PRISM/MSH	2/25/01	3/16/01	Data for Decision Making : Development of Training Curriculum
Ali Kouaouci	Researcher in Demography	University of Montreal	MSH/Hewlett	3/10/01	3/17/01	Adolescent Sexuality Research
John Pollock	Senior Officer	MSH/SHS	MSH/PRISM	3/15/01	3/20/01	PRISM Y4-5 continuation plan and mid-term evaluation debriefing ; cost-sharing discussions with USAID
Isiah N'Dong	Technical Advisor Quality of Care	AVSC-Intl	PRISM/MSH	2/17/01	2/25/01	Course director : Facilitative Supervision session ; Infection Prevention session
Ndoye C. Khar	Consultant (Midwife)	AVSC-Intl	PRISM/MSH	3/16/01	3/25/01	Introduction of COPE in Kankan Administrative Region
Etienne Sevin	Data Systems Information Engineer	Epiconcept	PRISM/MSH	3/19/01	3/31/	National Health Information System (NHIS) : Integration of the new reproductive health indicators in the national monitoring and evaluation statistical data collection system using the EPISURV software ; perform training of government epidemiological staff working with the EPISURV software; review past data collection practices.